（様式３－１）

　　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

**登録特定行為事業者　登録追加申請書**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第10条第１項に定める特定行為の業務について、実施する特定行為を追加したいため、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録特定行為事業者登録番号 | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | |
| 事業所名称 | （法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 事業所  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | |
| 電話番号 |  | | |
| e-mail |  | | |
| 実施する特定行為 | | | | 事業開始（予定）年月日 |
|  | １．口腔内の喀痰吸引 | | | 年　　　月　　　日 |
|  | ２．鼻腔内の喀痰吸引 | | | 年　　　月　　　日 |
|  | ３．気管カニューレ内部の喀痰吸引  （人工呼吸器装着者を含む・含まない） | | | 年　　　月　　　日 |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  　（胃ろう又は腸ろう・胃ろうのみ） | | | 年　　　月　　　日 |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | 年　　　月　　　日 |
| 認定特定行為業務従事者等氏名 | | | | （ 様式１－２） |

備考

１　「登録特定行為事業者登録番号」には、登録時に付された登録番号を記載してください。

２　「実施する特定行為」欄は、既に登録を受けている行為には「◎」を、新たに登録を受ける行為は「○」を、

それぞれ左側の空欄に記載してください。

３　「事業開始（予定）年月日」欄は、該当する行為ごとに事業の開始年月日（新たに登録を受けるものについて

はその予定時期）を記載してください。

４　以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

１　法附則第27条第２項において準用する法第48条の５第１号各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令附則第16条において準用する省令第26条の２第４項関係）(様式１-４)

２　その他（１に記載されている場合は省略可。）

　　　・業務の実施に係る備品一覧

　　　・緊急時の体制に関する資料

　　　・記録等の整備状況に関する資料