

平成24年12月10日

京都府知事様

申請者

所在地又は住所 京都市上京区下立売御所西入
坂/内町

法人名又は氏名 社会福祉法人●●福祉会

(法人の場合)代表者名 理事長 ■■■■■

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所又は個人	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウシヨ ●●ヘルパーステーション			
	名称又は氏名	訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション			
	事業種別	訪問介護			
	所在地又は住所	(郵便番号 602-8570) 京 都 市 町 上京区下立売御所西入坂/内町 村 (ビルの名称等)			
	電話番号	075-414-4671			
	長の氏名・職名	フリガナ	▲▲▲▲ ▲▲▲		
		氏名	職名	▲▲▲▲ ▲▲▲	職名 管理者
実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為			事業開始予定年月日		
<input type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引	平成24年12月18日			
<input type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引	平成24年12月18日			
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日			
<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	平成24年12月18日			
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日			
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名			(様式第1-2号)		

備考

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護（障害者自立支援法）」等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は該当する行為毎に「○」を記載してください。
- 「事業開始予定年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 申請者に関する書類
 - 申請者が法人である場合 ①法人の定款又は寄附行為、及び②登記事項証明書（省令第26条の2第1項第1号関係）
 - 申請者が個人である場合 住民票の写し（省令第26条の2第1項第2号関係）
- 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号の規定に該当しないことを誓約する書面（省令第26条の2第1項第3号関係）[第1-3号様式]
- 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（省令第26条の2第1項第4号関係）[第1-4号様式]
- 喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士においては介護福祉士登録証、認定特定行為業務従事者については認定特定行為業務従事者認定証の写し、また看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者については免許証の写し

介護福祉士認定特定行為業務従事者名簿

(記載例)

氏名	介護福祉士資格取得年月日 （昭和年月日）	認定特定行為業務従事者 登録番号/登録年月日	認定特定行為業務 種類	登録年月日	修了研修課程	修了研修課程 修了年月日（特記事項）	修了した研修課程 の種類	所属事業所名称	修了年月日
京都 花子	平成○○年○○月○○日 香瀬師ノ第○○○○○○○○号 平成○○年○○月○○日	262000001 平成24年4月1日		昭和○○年○○月○○日					
京都 木郎		262000002 平成24年4月1日		昭和○○年○○月○○日	4	宇治 花子	①(人工呼吸器) ②	京都府	平成24年3月31日
京都 次郎		262000003 平成24年4月1日		昭和○○年○○月○○日	4	宇治 花子	①(人工呼吸器) ②	"	平成24年4月1日
"		262000004 平成24年4月1日		"	"	乙訓 太郎	①(人工呼吸器) ②(人工呼吸器)	"	平成24年4月1日
"		261000001 平成24年12月10日		"	"	南丹 次郎	①、②	"	平成24年4月1日
京都 木郎		261000002 平成24年12月10日		昭和○○年○○月○○日	3	乙訓 太郎	①(人工呼吸器) ②(人工呼吸器)	●センター	平成24年12月1日
"				"	"	南丹 次郎	①、②	"	平成24年12月1日

備考 1 「番号」の欄は各事業所における任意の番号を記載してください。
 2 香瀬師等の免許をもって介護職員として研修課程等を行なった場合は、氏名(姓)及び登録番号並びに研修課程修了年月日を記載してください。
 3 「修了研修課程」には、当該者が修了した研修課程等の番号(1~5)を記載してください。
 1) 呼吸吸引及び経管栄養の全て、各特別研修第一号研修(不特定多数の者対象)
 2) 呼吸吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる呼吸吸引及び鼻ろうとう又は腸ろうとうによる経管栄養、各特別研修第二号研修(不特定多数の者対象)
 3) 各呼吸吸引等の個別研修、各特別研修第三号研修(特定の者対象)
 4) 経管栄養対象者
 5) 介護福祉士の養成課程等において医療的ケアに関する科目を修了した者
 4 「修了研修課程」において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に対象者の氏名を記載してください、「(4)」を選択した者で、対象者が限定される場合も同様に記載してください。
 5 「修了した研修課程」には研修課程の種類を以下から選択し、番号を記載してください。
 ①口腔内の呼吸吸引 ②鼻腔内の呼吸吸引 ③気管カニューレ内腔の呼吸吸引 ④腸ろうとう又は腸ろうとうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養
 ※1. 人工呼吸器装着者への呼吸吸引に関する演習、実習を修了した者については、その旨を含めて記載してください。
 ※2. 経過措置の適用により腸ろうとうまたは腸ろうとうによる経管栄養の特定行為について従事者の認定を受けた者であって、「腸ろうとう」のみの認定を受けているものはその旨を記載してください。
 6 「修了年月日」には当該修了日に記載されている修了年月日を記載してください。

平成25年 1月10日

京 都 府 知 事 様

申 請 者

所在地又は住所 **京都市上京区下立売通新町西入
敷/内町**

法人名又は氏名 **社会福祉法人●●福祉会**

(法人の場合) 代表者名 **理事長** ■■■■ ■■■■

登録喀痰吸引等事業者 (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第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務 (登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務) について、実施する喀痰吸引等 (特定行為) の行為を追加したいため、以下の通り申請します。

登録喀痰吸引等事業者登録番号 (登録特定行為事業者登録番号)		2	6	2	0	0	0	0	0	1
事業所又は個人	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウシャ ●●ヘルパーステーション								
	名称又は氏名	訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション								
	事業種別	訪問介護								
	所在地又は住所	(郵便番号 602-8570) 京 都 市 町 上京区下立売通新町西入敷/内町 村 (ビル名称等)								
	電話番号	075-414-4671								
実施する喀痰吸引等 (特定行為) の行為					事業開始 (予定) 年月日					
◎	1. 口腔内の喀痰吸引				平成24年12月18日					
◎	2. 鼻腔内の喀痰吸引				平成24年12月18日					
○	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				平成25年 2月 1日					
◎	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				平成24年12月18日					
	5. 経鼻経管栄養				年 月 日					
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名					(第1-2号様式)					

備 考

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設 (介護保険法)」、「居宅介護」、「生活介護 (障害者自立支援法) 等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「登録喀痰吸引等事業者登録番号 (登録特定行為事業者登録番号)」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 「実施する喀痰吸引等 (特定行為) の行為」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。
- 「事業開始 (予定) 年月日」欄は、該当する行為毎に事業の開始年月日 (新たに登録を受けるものにあたってはその予定時期) を記載してください。
- 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 介護福祉士・認定特定行為業務従事者名簿 (第1-2号様式)
- 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 (省令第26条の2第1項第4号関係) [第1-4号様式]
- その他 ※上記1に記載されている場合は省略可。
 - 喀痰吸引等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
 - 実地研修の実施に関わる資料 (登録喀痰吸引等事業者のみ)

(第3-2号様式)

(記載例)

平成24年12月25日

京 都 府 知 事 様

申 請 者

所在地又は住所 **京都市上京区下立売通伊西入
敷/内町**

法人名又は氏名 **社会福祉法人〇〇福祉会**

(法人の場合) 代表者名 **理事長 〇〇 〇〇**

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）変更登録届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、登録を受けた内容を変更するため、同法第48条の6の規定に基づき届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）		2	6	2	0	0	0	0	0	1
事業所又は個人	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウショ ●●ヘルパーステーション								
	名称又は氏名	訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション								
	事業種別	訪問介護								
	所在地又は住所	(郵便番号 602-8570) 京 都 市 町 上京区下立売通新町西入敷/内町 村								
	電話番号	(ビルの場合) 075-414-4671								
変更が発生する事項					変更内容の概要					
1. 設置者に係る事項					(変更前)					
	①代表者氏名					別紙(変更前)のとおり				
	②代表者の住所									
	③事業所の名称									
	④事業所の所在地									
	⑤法人の定款又は寄附行為									
2. 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の登録に係る事項					(変更後)					
	①業務方法書					別紙(変更後)のとおり				
○	②喀痰吸引等を行う介護福祉士・認定特定行為業務従事者の名簿									
	③喀痰吸引等の実施に係る備品一覧									
	④実地研修責任者の氏名									
	⑤事業開始予定年月日									
変更年月日					平成24年 12月 25日					

備考1 変更が生じた日から10日以内に届出書を提出してください。

- 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護（障害者自立支援法）」等を記載してください。複数の事業を実施されている場合は、事業毎に作成してください。
- 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
- 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。
- 変更内容が分かる書類を添付してください（名簿の変更においては、介護福祉士であれば登録証、認定特定行為業務従事者であれば認定証、看護師であれば免許証の写しを合わせて提出してください）。

(第3-3号様式)

(記載例)

平成25年11月11日

京都府知事様

申請者

所在地又は住所 京都市上京区下立売通新町西入
敷/内町

法人名又は氏名 社会福祉法人○○福祉会

(法人の場合) 代表者名 理事長 ■■■ ■■■

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録辞退届出書

社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項及び第2項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、次のとおり登録を辞退したいので届け出ます。

登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）		2	6	2	0	0	0	0	0	1
事業所又は氏名	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウショ ●●ヘルパーステーション								
	名称又は氏名	訪問介護事業所 ●●ヘルパーステーション								
	事業種別	訪問介護								
	所在地又は住所	(郵便番号 602-8570) 京都市町 上京区下立売通新町西入敷/内町 村 (ビルの名称等)								
	電話番号	075-414-4671								
登録を受けた年月日	平成25年 2月 1日	登録を辞退する予定年月日	平成25年12月31日							
登録を辞退する喀痰吸引等（特定行為）の行為	<input type="checkbox"/>	1. 口腔内の喀痰吸引								
	<input type="checkbox"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引								
	<input type="checkbox"/>	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引								
	<input type="checkbox"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養								
	<input type="checkbox"/>	5. 経鼻経管栄養								
登録を辞退する理由	従事者の退職により、気管カニューレ内部の喀痰吸引が実施できなくなるため									
現在喀痰吸引等（特定行為）を受けている対象者に対する措置	別の事業所を紹介									

備考1 登録を辞退する日の一月前までに届け出てください。

2 「事業種別」欄は、「訪問介護」、「介護老人福祉施設（介護保険法）」、「居宅介護」、「生活介護」（障害者自立支援法）等を記載してください。複数の事業の登録を辞退される場合は、事業毎に作成してください。

3 「登録喀痰吸引等事業者登録番号（登録特定行為事業者登録番号）」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

4 登録を辞退する行為に「○」を記載してください。