

様式第1号

法人名を記載願います。

令和6年4月1日

宮城県知事

所在地 宮城県仙台市青葉区本町三丁目8-1
 申請者 名称 社会福祉法人 保福会
 代表者氏名 理事長 青葉 太郎
 (法人以外にあつては、住所及び氏名)
 担当者名 宮城花子
 (連絡先電話番号) (022-211-2549)

申請書の内容確認のためにご連絡することがありますので、必ず申請内容が分かる方の氏名と連絡先を記載願います。

登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)登録申請書

第1条 申請者が個人である場合、申請者の「名称」欄に氏名を、「主たる事務所の所在地」欄に住所を記載してください。申請者が個人である場合は、「個人」と記載してください。

法人の内容を、登記事項全部証明書の内容のとおりに記載願います。

第2条 申請者が個人である場合、申請者の「名称」欄に氏名を、「主たる事務所の所在地」欄に住所を記載してください。申請者が個人である場合は、「個人」と記載してください。

申請者	登録番号								
	フリガナ	シャカイフクシホウジン ホフクカイ							
	名称	社会福祉法人 保福会							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 980-8570) 宮城県仙台市青葉区本町三丁目8-1 (ビルの名称等)							
電話番号	022-211-2111		個人・法人の種別	社会福祉法人 ※備考2参照					
代表者の氏名・職名	フリガナ	アオバ タロウ							
	氏名	青葉 太郎			職名	理事長			
登録を申請する事業所	事業所の所在地	トクベツヨウゴロウジンホーム ●● 特別養護老人ホーム ●● (郵便番号 980-8570) 宮城県仙台市青葉区本町三丁目8-1 (ビルの名称等)							
	電話番号	022-211-2549							
	実施するサービス名(事業所番号)	介護老人福祉施設(事業所番号記載 ※備考3参照)							
	実施する喀痰吸引等(特定行為)	申請に係る行為の開始予定年月日	既に登録を受けている行為の登録年月日						
1 口腔内の喀痰吸引	令和6年5月1日	年 月 日							
2 鼻腔内の喀痰吸引	令和6年5月1日	年 月 日							
3 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日	年 月 日							
4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日	年 月 日							
5 経鼻経管栄養	年 月 日	年 月 日							
介護福祉士・認定特定行為業務従事者氏名	別記様式第1号のとおり								

申請時は登録番号がないため、記載不要です。

事業所の内容を記載願います。

指定・認可された事業者名を記入してください。特別養護老人ホーム等に併設する老人短期入所施設の場合は、「特別養護老人ホーム●● 短期入所生活介護」というように記載してください。

備考 1 申請者が個人である場合は、申請者の「名称」欄に氏名を、「主たる事務所の所在地」欄に住所を記載してください。

2 「個人・法人の種別」欄には、申請者が法人である場合は、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。

3 「実施するサービス名(事業所番号)」欄には、介護保険法又は障害者自立支援法による指定を受けている場合は、そのサービスと事業所番号を記載してください。

4 「申請に係る行為の開始予定年月日」欄には、該当する行為ごとに行為の開始予定年月日を記載してください。

5 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

(1) 設置者が法人である場合は、定款又は寄附行為及び登記事項証明書

(2) 申請者が個人である場合は、住民票の写し

(3) 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認定証の写し、看護師等の資格をもって喀痰吸引等業務を行う者においては免許証の写し

(4) その他知事が別に定める書類

備考欄も必ずお読みください。