（別記様式３－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

主たる事業所の

所　　在　　地

届　　出　　者

代表者名

**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項に規定する喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては同法附則第２７条に規定する特定行為業務）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） | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　都 道　　　　　　　　　市 区  　　　　　　府 県　　　　　　　　　町 村 | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 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）  （変更後） | | | | | | | | | |
|  | ①設置者の氏名又は名称 | |
|  | ②設置者の住所 | |
|  | ③代表者の氏名 | |
|  | ④事業所の名称 | |
|  | ⑤事業所の所在地 | |
|  | ⑥喀痰吸引等業務開始の予定年月日 | |
| 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 | | |
|  | ①業務方法書 | |
|  | 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 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」の欄には記載しないでください。

　　２　「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。

　　３　変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。

４　変更の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。

　　５　変更の内容が分かる書類を添付してください（名簿の変更の場合は、介護福祉士については介護福祉士登録証の写し、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、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を合わせて提出してください）。