

別記第3号様式の2（第3条関係）

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

年 月 日

栃木県知事 様

主たる事業所の
所在地
申請者
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27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） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 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） | | | | | | | | | |
| | ①代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | ②代表者の住所 | | | | | | | | | | | | | |
| | ③事業所の名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | ④事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤法人の寄附行為又は定款 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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）。