（様式３－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の

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） | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　兵庫県　　　　　　市・区 | | | | | | | | | | | | | | |
| （Email） | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス名 |  | | 事業者番号 | | | ２８ | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
|  | 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 | | | | 令和　　　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　サービス名、事業者番号欄は、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法に基づくサービスの名称及び事業者番号を記入してください。

４　変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。

　　５　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。

　　６　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）。