

受付番号	
------	--

年 月 日

徳島県知事 殿

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）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。

				事業所所在地市町村番号					
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					個人・法人の種別				
代表者の氏名・フリガナ				生年月日		年 月 日			
職名・生年月日		氏名				職名			
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				年 月 日					
2. 鼻腔内の喀痰吸引				年 月 日					
3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引				年 月 日					
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				年 月 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1－2)					

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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。
4 「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。
5 以下の添付資料を合わせて提出してください。

添付書類

- 1 設置者に関する書類
(1) 設置者が法人である場合
法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令第26条の2第1項関係）
(2) 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2項関係）
2 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の4各号に該当しないことを誓約する書面（省令第26条の2第3項関係）
3 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4項関係）
4 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

(様式1-2)

介護福祉士・認定特定行為業務従事者 名簿

番号	氏名	介護福祉士登録証登録番号 /登録年月日	認定特定行為業務従事者認定証 登録番号/登録年月日	本籍(国籍)	生年月日	修了研修課程	対象者氏名(特定の者)	修了した実地研修 の種類	実地研修実施機関名称	修了年月日

- 備考 1 「番号」の欄は各事業者における任意の番号を記載してください。
- 2 看護師等の免許をもって介護職員として喀痰吸引等業務を行う者については、保有資格名及び登録番号等を介護福祉士登録証番号記載欄に記載してください。
- 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)喀痰吸引及び経管栄養の全て:省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)
- 2)喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養:省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)
- 3)各喀痰吸引等行為の個別研修:省令別表第三号研修(特定の者対象)
- 4)経過措置対象者
- 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 「既修了課程」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 「修了した実地研修の種類」には実地研修の種類を以下から選択し、番号を記載してください。
- ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養
- ※1. 人工呼吸器装着者への喀痰吸引|に関する演習、実習を修了した者については、その旨を合わせて記載してください。
- ※2. 経過措置の適用により「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」の特定行為について従事者の認定を受けた者であって、「胃ろう」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」には実地研修を修了した年月日を記載してください。

(様式 1 - 3)

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旨の誓約書

年 月 日

徳島県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が該当しないことを誓約します。)

記

(社会福祉士及び介護福祉士法第四十八条の四)

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者。
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者。
- 三 第四十八条の七の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者。
- 四 法人であつて、その業務を行う役員のうちに前三号のいずれかに該当する者があるもの。

(関連規定)

法第四十八条の四第二号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

徳島県知事 殿

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

- 2 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。以下に記載する項目も含めて、「業務方法書」として一括した書類作成を行う場合には、「業務方法書」の名称及び該当ページ数を記載してください。

適合要件1－② 連携する予定の医療機関等について記載した資料を作成してください

適合要件2－② 「登録特定行為事業者」においては2－②の資料提出は不要のため「該当書類名」欄には「－（ハイフン）」を記載してください

適合要件2－③ 安全委員会の構成員及び、協議する内容と実施頻度等について記載した資料を作成してください

適合要件2－⑤ 備品の一覧表を作成してください

- 4 「該当書類名」に記載した書類及び、その他関連する資料がある場合は合わせて提出してください。