別記様式第５号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 受付番号 | | |  | | | | |
| 登録追加申請書  年　　月　　日  　群馬県知事　あて  申請者　住　　所  氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  　社会福祉士及び介護福祉士法 について、実施する  の行為を追加したいので、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為 | | | | 業務開始（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 | | | | （別記様式第４号） | | | | | | | | | | | |
| 備考  　１　「受付番号」欄は、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）」欄は、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　「実施する喀痰吸引等（特定行為）の行為」欄は、既に登録を受けている行為には「◎」を、新たに登録を受ける行為には「○」  　　を、それぞれ左側の空欄に記載してください。  　４　「業務開始（予定）年月日」欄は、該当する行為ごとに、事業の開始年月日（新たに登録を受けるものにあたっては、その予定時  　　期）を記載してください。  　５　以下の添付資料を併せて提出してください。  添付書類  　　社会福祉士及び介護福祉士法第４８条の５第１項各号又は同法附則第２７条第２項において準用する同法第４８条の５第１項各号に  　掲げる要件の全てに適合していることを証する書類（別記様式第３号） | | | | | | | | | | | | | | | |