別記様式第６号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 受付番号 | | |  | | | | |
| 変更登録届出書  年　　月　　日  　群馬県知事　あて  届出者　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、登録を受けた事  項を　　ので、同法　　の規定により、  次のとおり届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変更が発生する（発生した）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　法人の寄付行為又は定款 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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（特定行為）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」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　「変更が発生する（発生した）事項」欄は、該当する事項に「○」を記載してください。  　４　「変更内容の概要」欄は、変更点が分かるように記載し、併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（名簿の変更にあっては、介護福祉士にあっては登録証、認定特定行為業務従事者にあ  　　っては認定証、看護師等にあっては免許証の写しを併せて提出してください。）。 | | | | | | | | | | | | | | | |