別記様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 受付番号 |  | |
| 登録申請書  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、事業者の登録を  受けたいので、同法　の規定により、次のと  おり申請します。 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 事業所の所在市町村番号 | | | |  |
| 申　　 請　 　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | 個人・法人の種別 | | | |  | | | |
| 代表者の氏名・  職名・生年月日 | フリガナ |  | | | 職名 | |  | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 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」欄及び「事業所の所在地市町村番号」欄は、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は「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、該当する行為ごとに「○」を記載してください。  　４　「業務開始予定年月日」欄は、該当する行為ごとに、業務の開始予定年月日を記載してください。  添付書類  　１　申請者に関する書類  　　(1)　申請者が法人である場合　法人の定款又は寄付行為及び登記事項証明書  　　(2)　申請者が個人である場合　住民票の写し  　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（別記様式第２号）  　３　社会福祉士及び介護福祉士法第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）  　４　喀痰吸引等の業務に従事する介護福祉士にあっては介護福祉士登録証の写し、認定特定行為業務従事者にあっては認定特定行為業  　　務従事者認定証の写し、看護師等の資格を持って喀痰吸引等の業務を行う者にあっては看護師免許証等の写し | | | | | | | | | | | |