様式第2号(第3条、附則第14項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

所在地

届出者　名称

代表者氏名

(法人以外にあっては、住所および氏名)

担当者名

(連絡先電話番号)(　　　　　　　　　　　　　　　)

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

　登録を受けた内容を変更する(した)ので、社会福祉士及び介護福祉士法第48条の6第1項(附則第27条第2項において準用する同法第48条の6第1項)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) | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録を変更する事業所 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　) | | | | | | | | | | | |
| 都道  　　　　　府県 | | | 市区  町村 | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 変更事項 | | | | 変更内容の概要 | | | | | | | | | | |
| 1　申請者に係る事項 | | | | (変更前)  (変更後) | | | | | | | | | | |
|  | ①　申請者の氏名または名称 | | |
|  | ②　申請者の住所 | | |
|  | ③　代表者の氏名 | | |
|  | ④　事業所の名称 | | |
|  | ⑤　事業所の所在地 | | |
| 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　登録要件に該当することを証する書類 | | |
|  | 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 | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |

備考

　1　保育所、学校等が登録を変更しようとする場合は、「事業所」をそれぞれ「保育所」、「学校」と読み替えてください。

　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　変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。

　4　「変更内容の概要」欄には、変更点がわかるように記載し、併せて関連する書類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。