（様式３－２）

　　　　　年　　月　　日

　山梨県知事　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名

**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**

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２７条に定める特定行為業務）について、登録を受けた内容を変更するため、同法第４８条の６の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称（法人名） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  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・  職名・生年月日 | フリガナ | | |  | | | 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | 職名 | | | | |  | | | | | | |
| 登録事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更が発生する事項 | | | | | | | 変更内容の概要 | | | | | | | | | | | | |
| １．設置者に係る事項 | | | | | | | （変更前）  （変更後） | | | | | | | | | | | | |
|  | ①申請者の氏名（法人名） | | | | | |
|  | 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 | | | | | |
| 変　更　年　月　日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

【備考】

* １の事項については、変更する日の１０日前までに届け出てください。
* ２の事項については、変更した日から１０日以内に届け出てください。

【添付書類】

１　１の事項については、法人にあっては定款又は寄付行為、登記事項証明書等、個人にあっては住民票等、変更内容が分かる書類

を添付してください。

２　業務方法書については、変更の内容の概要の変更点がわかるように記載し、変更後の業務方法書を添付してください。

３　名簿については、変更後の名簿（様式１－２）、及び介護福祉士であれば登録証、認定特定行為業務従事者であれば認定特定行為

業務従事者認定証、看護師であれば免許証の写しを添付してください。※変更者のみ