当事業所が実施する喀痰吸引等業務（特定行為）は下記のとおりです。

（事業所名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録喀痰吸引事業者として実施する喀痰吸引等業務 | | 業務開始（予定）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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録特定行為事業者として実施する特定行為 | | 業務開始（予定）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 |

（備考）

※該当する行為の左欄に「〇」を記載してください。

※行為が実施可能な介護福祉士または従事者が施設（事業所）内にいない場合は実施する実施する喀痰吸引等業務（特定行為）として登録できません。