

●介護職員等の喀痰吸引等に係る登録制度に係る質問票

事業所名 _____ サービスの種類 _____
担当者職氏名 _____ 電話番号 _____

※ 送信票は不要です。このまま送信してください。

○ 質問の区分

※次のいずれかに○を付してください。

- 1 認定特定行為業務従事者に係るもの
- 2 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）に係るもの
- 3 登録研修機関に係るもの

※介護職員等の喀痰吸引等に係る登録制度に係る関係法令等（厚生労働省令第126号、社援発1111第1号通知及び厚生労働省Q&A等）の確認の有無について○を付してください。

- 1 事前に確認済み（確認したが該当する関係法令等がなかった場合も含む）
⇒ 下記に質問内容を記載してください。（該当する関係法令等がある場合は、出典元も併せて記載してください。）
- 2 確認していない ⇒ 関係法令等を確認してから質問してください。

○ 質問内容（質問が複数ある場合、質問ごとに番号を振ってください。ただし、上記区分が異なる場合は、別葉に作成してください。）

※ 事業所記載不要欄

FAXで送信してください。

健康長寿推進課 介護指導担当 FAX 023-630-2271

※障がい福祉課所管のものに関しては、障がい福祉課に照会してください。

障がい福祉課障がい福祉担当 TEL 023-630-2317

FAX 023-630-2111