

(様式 3 - 3)

受付番号

年 月 日

知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

㊟

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録辞退届出書

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社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める特定行為業務）について、次のとおり登録を辞退したいので届け出ます。

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								
	事業所名称								
	事業所所在地	（郵便番号 - ）		都 道		市 区			
		府 県		町 村					
		（ビルの名称等）							
	電話番号								
登録を受けた年月日		年 月 日		登録を辞退する予定年月日		年 月 日			
登録を辞退する喀痰吸引等（特定行為）の行為		1. 口腔内の喀痰吸引							
		2. 鼻腔内の喀痰吸引							
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引							
		4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養							
		5. 経鼻経管栄養							
登録を辞退する理由									
現在喀痰吸引等（特定行為）を受けている対象者に対する措置									

- 備考1 登録を辞退する日の一月前までに届け出て下さい。
- 「受付番号」の欄には記載しないでください。
 - 「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）」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。
 - 登録を辞退する行為に「○」を記載してください。