

記入例

受付番号

書類作成日を記入

〇〇年〇月〇日

山形県知事 殿

申請者 所在地 **山形県山形市松波〇丁目〇番〇号**

同 名称 **社会福祉法人〇〇〇会**

代表者 職 氏名 **理事長 山形太郎**

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27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	シャカイフクシホウジン〇〇〇カイ										指令書に記載の登録番号を記入。 (事業者番号ではありません)								
	名称	社会福祉法人〇〇〇会																		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 990-〇〇〇〇) 山形 都 道 山形 市 区 松波×丁目×番×号 府 県 町 村 (ビルの名称等)																		
	代表者の氏名・職名・生年月日	フリガナ	ヤマガタ タロウ			生年月日	昭和〇〇年〇月〇日				氏名	山形 太郎			職名	理事長				
喀痰吸引等特定行為を業務とする事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇〇〇ソウ										フリガナ	□□□□ □□□□							
	事業所の名称	特別養護老人ホーム〇〇〇〇荘										事業所の代表者名	□□ □□							
	事業所等の所在地	(郵便番号 990-〇〇〇〇) 山形 都 道 山形 市 区 松波×丁目×番×号 山形県 郡 市 (ビルの名称等)										併設の短期入所生活介護等も事業所登録している場合は別途届出が必要。								
	介護保険サービスの種類 障害福祉サービスの種類	介護老人福祉施設																		
電話番号/FAX番号	023-630-〇〇〇〇/023-630-●●●●																			
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																			
	※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）																			
	2. 鼻腔内の喀痰吸引																			
	※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）																			
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引																			
	※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）																			
4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を除く）																				
※2 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形栄養剤を含む）																				
※3 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）																				
5. 経鼻経管栄養																				
登録を辞退する理由	例) 事業所廃止のため など																			

届出から1か月以降の日付を記載

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。
- 2 「受付番号」の欄には記載しないでください。
 - 3 「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。
 - 4 登録を辞退する行為に「○」を記載してください。