

受付番号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地

同 名 称

代表者 職 氏名

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									
	名称									
	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)								
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						
喀痰吸引等特定行為を実施する事業所	フリガナ						フリガナ			
	事業所名称						事業所の代表者名			
	事業所所在地		郵便番号		-)			
			山形県		郡市					
			(ビルの名称等)							
介護保険サービスの種類										
障害福祉サービスの種類										
電話番号/FAX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							
			※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										
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。