

(様式 3-3)

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
-----	---	----

登録略称吸引等事業者（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は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 氏名						生年月日		年 月 日		
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)										
登録を辞退する理由			5. 経鼻経管栄養										
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。