

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									
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。