様式第3号(第3条、附則第15項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

(法人以外にあっては、住所および氏名)

担当者名

(連絡先電話番号)(　　　　　　　　　　　　　　　)

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6第2項(附則第27条第2項において準用する同法第48条の6第2項)の規定による登録の辞退をしたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 登録を辞退する事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 都道  　　　　　府県 | | | 市区  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) | |  | 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　胃ろうまた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　保育所、学校等が登録を辞退しようとする場合は、「事業所」をそれぞれ「保育所」、「学校」と読み替えてください。

　2　登録を辞退する日の一月前までに届け出てください。

　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)」欄には、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。