（様式３－３）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　年　　月　　日

　　　香　川　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　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（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項に定める喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者にあっては同法附則第27条第１項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） | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　　-　　　）  　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　　　　　市　区  　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　　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）の行為 | | |  | 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．胃ろう又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　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。