（別記様式３－３）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

主たる事業所の

所　　在　　地

届　　出　　者

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第４８条の３第１項に規定する喀痰吸引等業務（登録特定行為事業者においては同法附則第２７条に規定する特定行為業務）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） | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者 | 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１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。