

別記様式 6

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

主たる事業所の
所在地
申請者
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								
	事業所名称								
	事業所所在地	（郵便番号 - ）		都 道		市 区			
				府 県		町 村			
電話番号	（ビルの名称等）								
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。