様式第４号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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第１項および第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 | | | | | | | | | | | | |
| （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。

様式第４号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**〇**年　　**〇**月　　**〇**日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

所　　在　　地　〇〇県〇〇市〇〇町〇番

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　　請　　者　社会福祉法人〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名　理事長　〇〇　〇〇

**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項および第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） | | | | | | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** |
| 申請者 | フリガナ | トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 特別養護老人ホーム〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　　-　　　）  **〇〇**都　道　　　　　　　　　　　　　**〇〇**　市　区　　**〇番〇号**  　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　　町　村 | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | **〇〇-〇〇-〇〇** | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けた年月日 | | | **〇**年　**〇**月　**〇**日 | | 登録を辞退する予定年月日 | | | | | **〇**年　**〇**月　**〇**日 | | | | |
| 登録を辞退する喀痰吸引等（特定行為）の行為 | | | **〇** | 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 | | | 喀痰吸引等業務を実施しないこととなったため | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 現在、喀痰吸引等の行為が必要な利用者はおられないため、利用者への影響はない | | | | | | | | | | | |

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。