（様式３－３）

　　　　　　年　　　月　　　日

岐阜県知事　　　様

主たる事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

**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附則第10条第１項に定める特定行為の業務の登録について、これを辞退したいので次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 事業所  所在地 | （郵便番号　　　　-　　　） | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| e-mail |  | | | | | |
| 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（人工呼吸器装着者を含む・含まない） | | | |
|  | ４．胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（胃ろう又は腸ろう・胃ろうのみ） | | | |
|  | ５．経鼻経管栄養 | | | |
| 登録を辞退する理由 | | |  | | | | |
| 現在、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　「登録特定行為事業者登録番号」には、登録時に付された登録番号を記載してください。

　　　　３　登録を辞退する行為に「○」を記載してください。