別記様式第７号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　 登録辞退届出書年　　月　　日　　群馬県知事　あて届出者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　　社会福祉士及び介護福祉士法　について、登録を辞退したいので、同法　　の規定により、次のとおり届け出ます。 |
| 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　　　　－　　　　） |
| （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　「受付番号」欄は、記載しないでください。　２　「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）」欄は、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。　３　登録を辞退する行為に「○」を記載してください。 |