

登録辞退届出について（事業者）

（※東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課に内容確認の上、東京都福祉保健財団が作成）

登録喫煙吸引等事業者（登録特定行為事業者）が喫煙吸引等業務（特定行為業務）を行う必要がなくなったときは、登録を辞退する日の一月前までに、登録辞退の届出を行ってください。

提出書類

- ア 「登録喫煙吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録辞退届出書（第6号様式）」
- イ 返信用封筒（角2）（120 円切手貼付、住所・送付先名称記載）

※登録している特定行為の一部を辞退する場合は、辞退届出内容を反映させた登録通知書を交付しますので、返信用封筒を添付してください。

※登録している特定行為の全てを辞退する場合は、特に財団からお送りするものではありません。返信用封筒は不要です。

記入例・登録辞退届出

年 月 日

東京都知事殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1
申請者 都介護サービス株式会社
代表者名 代表取締役 東京 太郎

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項及び第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20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)	1	3	2	5	0	0	0	0	0
フリガナ	ミヤコ介護サービスツウショウコジギョウ								
事業所名称	都介護サービス 通所介護事業所								
事業所所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇1-2-3 (ビルの名称等)								
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
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	<input type="radio"/>	1. 口腔内の喀痰吸引							
	<input type="radio"/>	2. 鼻腔内の喀痰吸引							
	<input checked="" type="radio"/>	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引							
	<input type="radio"/>	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養							
	<input type="radio"/>	5. 経鼻経管栄養							
登録を辞退する理由	認定特定行為業務従事者の退職により、特定行為が実施できなくなったため。								
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	他の登録特定行為事業者（〇〇通所介護事業所）に引き継ぎを行う。								

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。

3 登録を辞退する行為に「〇」を記載してください。