（様式第３号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

「福岡県身体拘束ゼロ宣言」登録辞退届

福岡県知事　殿

（保健医療介護部介護保険課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　㊞

　令和　　年　　月　　日に届出た「福岡県身体拘束ゼロ宣言」の登録について、以下の理由のため、「福岡県身体拘束ゼロ宣言」事業実施要綱第８条の規定により、登録を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業所の種別  （○を記入） | １　介護老人福祉施設（地域密着型含む。）  ２　介護老人保健施設（短期入所療養介護事業所）  ３　介護療養型医療施設  ４　特定施設入居者生活介護事業所（地域密着型含む。）  ５　短期入所生活介護事業所  ６　認知症対応型共同生活介護事業所  ７　小規模多機能型居宅介護事業所　８　養護老人ホーム  ９　軽費老人ホーム・ケアハウス（４に該当する場合を除く。）  10　有料老人ホーム（住宅型・健康型） |
| 事業所の名称 |  |
| 担　当　者 | 役職：  名前： |
| 事業所の連絡先 | TEL：  FAX：  E-mail： |
| 登録辞退の理由 |  |