

受付番号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地
同 名称
代表者 職 氏名

登録研修機関 登録更新申請書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条に定める登録研修機関の登録について、登録された内容を更新するため、同法附則第16条第1項の規定に基づき申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|-----|-------|----------|-------------------|----------|---|---|---|
| 申請者 | 登録研修機関登録番号 | | | | | | 登録年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | 都道 | 市区 | | | | | | |
| | | | | 府県 | 町村 | | | | | | |
| | | (ビル of 名称等) | | | | | | | | | |
| | | 電話番号/FAX 番号 | / | | | | | 個人・法人の種別 | | | |
| 喀痰吸引等研修を実施する事業所 | 代表者の氏名・職名・生年月日 | フリガナ | | | | 職名 | | | | | |
| | | 氏名 | | | | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日 |
| | フリガナ | | | | | フリガナ | | | | | |
| | 事業所の名称 | | | | | 事業所の代表者名 | | | | | |
| | 事業所等の所在地 | (郵便番号 -) | | 山形県 | 郡市 | | | | | | |
| | | (ビル of 名称等) | | | | | | | | | |
| | | 電話番号/FAX 番号 | / | | | | | | | | |
| | | メールアドレス (PC) | | | | | | | | | |
| | | 喀痰吸引等研修の課程 | | | | 研修開始年月日 | 現に受けている登録の有効期間満了日 | 研修受講予定人数 | | | |
| | | 1. 喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一号研修 (不特定多数の者対象) | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| | 2. 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二号研修 (不特定多数の者対象) | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | |
| | 3. 各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三号研修 (特定の者対象) | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | |
| (山形県収入証紙 (4,500 円) 貼付欄) ※ 消印はしないこと。 | | | | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「登録研修機関登録番号」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 「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を、個人である場合は「個人」と記載してください。
- 4 「研修開始年月日」欄は、該当する課程ごとに研修の開始年月日を記載してください。
- 5 「研修受講予定人数」欄は、一回の募集で受け付ける受講者の予定最大人数を記載してください。
- 6 下記の添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 講師の一覧
- 2 講師の氏名及び履歴
- 3 研修に必要な施設、備品一覧、図書目録
- 4 業務規程
- 5 誓約書（様式12-2）
- 6 実地研修の一部を委託する場合には、当該研修機関に関する資料