

(様式 16)

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 休廃止届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条に定める喀痰吸引等研修について、次のとおり休止、または廃止したいので届け出ます。

登録研修機関登録番号										
申請者	フリガナ									
	事業所名称									
	事業所所在地	(郵便番号 -)				都 道				市 区
		(ビルの名称等)				府 県				町 村
電話番号/FAX 番号	/									
喀痰吸引等研修を実施する事業所	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
		(ビルの名称等)								
	電話番号/FAX 番号	/								
メールアドレス (PC)										
登録を受けた年月日	年 月 日			登録の有効期間満了日	年 月 日					
登録を廃止・休止する業務	廃止・休止	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）								
	廃止・休止	全ての喀痰吸引及び経管栄養のうち1行為以上：省令別表第二号研修（不特定多数の者対象）								
	廃止・休止	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）								
廃止予定年月日	年 月 日									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
廃止・休止する理由										

備考1 登録を休廃止する日の一月前までに届け出て下さい。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 「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。