

様式第7号（第6条関係）

受付番号	
------	--

年 月 日

宮崎県知事 殿

主たる事業所の
所在地（住所）
申 請 者
代 表 者 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6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			
				府 県	町 村			
	電話番号	(ビルの名称等)						
登録を受けた年月日								
登録を辞退する業務		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	喀痰吸引及び経管栄養のうち任意の行為：省令別表第二号研修（不特定多数の者対象）					
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。