

様式第1号（第2条関係）

受付番号	
------	--

年 月 日

宮崎県知事 殿

主たる事務所の
所在地（住所）
申 請 者
代 表 者 名

登録研修機関 登録申請書

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を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号		
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		
	(ビルの名称等)			
電話番号			個人・法人の種別	
代表者の氏名・	フリガナ	職名		
職名・生年月日	氏名	生年月日	年 月 日	
喀痰吸引等研修の課程		研修開始予定年月日	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		
2. 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）		年 月 日		

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「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。
- 3 「喀痰吸引等研修の課程」欄は該当する課程に「○」を記載してください。
- 4 「研修開始予定年月日」欄は、該当する課程ごとに研修の開始予定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 以下の添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

1 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令附則第10条第2項第1号関係）

(2) 申請者が個人である場合

住民票の写し（省令附則第10条第2項第2号関係）

2 社会福祉士法及び介護福祉士法附則第14条の規定に該当しない旨の誓約書（省令附則第10条第2項第3号関係）

3 法附則第15条第1項各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令附則第10条第2項第4号関係）

4 業務規程（法附則第19条、省令第14条関係）

次の事項を明記すること。

- (1) 喀痰吸引等研修の受付方法、実施場所、実施時期、実施体制その他の喀痰吸引等研修の実施方法に関する事項
- (2) 喀痰吸引等研修に関する安全管理のための体制に関する事項
- (3) 喀痰吸引等研修に関する料金に関する事項
- (4) 喀痰吸引等研修の業務に関して知り得た秘密の保持に関する事項
- (5) 喀痰吸引等研修の業務の実施に係る帳簿及び書類の保存に関する事項
- (6) その他喀痰吸引等研修の業務に関し必要な事項

5 実地研修の一部を委託する場合においては、当該研修機関に関する資料