様式第１０号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

（あて先）滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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･  職名・生年月日 | フリガナ |  | | 職名 | |  | | |
| 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 | | |  | |
|  | 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 | | |  | |

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(1)から（4）までの添付資料を合わせて提出ください。

(1)設置者に関する書類

①設置者が法人の場合…法人の**「定款」または「寄附行為」**、および**「登記事項証明書」**（省令附則第10条第２項第１号関係）

②申請者が個人の場合…**「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）（**様式第10号の２**）

(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）（**様式第10号の３**）

　　(4)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**

様式第１０号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**〇**年　　**〇**月　　**〇**日

（あて先）滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

所　　在　　地　**〇〇県〇〇市〇〇町〇〇**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　　請　　者　**株式会社〇〇**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名　**代表取締役　〇〇　〇〇**

**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 | **〇〇〇〇** | | | | | | | |
| 事業所名称 | **〇〇研修機関** | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　**〇〇〇**　　－　**〇〇〇〇**　　　　）  **〇〇**都　道　　　　　　　　　**〇〇**　　　市　区　**〇〇〇〇**  　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　町　村 | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | |
| 電話番号 | **〇〇-〇〇-〇〇** | | | 個人・法人の種別 | | **株式会社** | | |
| 代表者の氏名･  職名・生年月日 | フリガナ | **〇〇　〇〇** | | 職名 | | **代表取締役** | | |
| 氏名 | **〇〇　〇〇** | | 生年月日 | | **〇**　年　**〇**　　月　**〇**　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 | |
| **〇** | 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） | | | **〇**年　　**〇**月　　**〇**日 | | | **〇〇人** | |
| **〇** | 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） | | | **〇**年　　**〇**月　　**〇**日 | | | **〇〇人** | |
|  | 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 | | |  | |

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(1)から（4）までの添付資料を合わせて提出ください。

(1)設置者に関する書類

①設置者が法人の場合…法人の**「定款」または「寄附行為」**、および**「登記事項証明書」**（省令附則第10条第２項第１号関係）

②申請者が個人の場合…**「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）（**様式第10号の２**）

(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）（**様式第10号の３**）

　　(4)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**