（別記様式１２－１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

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条に規定す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：第１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：第２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：第３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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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、１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してください。

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（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第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（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第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条各号のいずれにも該当しない旨の誓約書（別記様式１２－２）（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第１０条第２項第３号関係）

　　３　登録研修機関 登録適合書類（別記様式１２－３）（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第１０条第２項第４号関係）

　　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