（別記様式１６）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

主たる事業所の

所　　在　　地

届　　出　　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１３条に規定する喀痰吸引等研修について、次のとおり休止（廃止）したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録研修機関登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者 | 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 |  |
| 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：第１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：第２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：第３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１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。