

受付番号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地  
同 名称  
代表者 職 氏名

登録研修機関 登録適合書類

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 号に規定する登録研修機関の登録要件に該当することを証する書類について下記のとおり、関係書類を添えて提出します。

喀痰吸引等研修を実施する事業所	フリガナ		フリガナ	
	事業所名称		事業所の代表者名	
	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/FAX 番号	/			
要件	適合要件		該当書類名	
	1. 法附則第十五条第一項第一号で定める要件 (研修内容)			
	喀痰吸引等に関する法律制度及び実務に関する科目について講習を行うこと			
	2. 法附則第十五条第一項第二号で定める要件 (講師の要件)			
	喀痰吸引等に関する実務に関する科目の講師は、医師、看護師、保健師、助産師の資格を保有していること			
	3. 法附則第十五条第一項第三号で定める要件 (研修の実施内容)			
	①受講者の数を勘案した十分な数の講師が確保されていること			
	②研修に必要な機械器具、図書その他の設備を有すること			
	③研修業務を適正に実施するために必要な経理的基礎を有すること			
	④講師の氏名及び担当する科目を記載した書類を備えること			
⑤研修修了者の名簿を作成し、業務廃止まで保管すること				
⑥課程ごとの研修修了者一覧表を定期的に都道府県に提出すること				

備考1 「受付番号」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 「要件」欄はそれぞれの適合要件について、以下の要領をふまえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。以下に記載する項目以外の規定等について、業務規程書として合わせて作成を行う場合には、その業務規程書の名称及び、該当ページ数を記載してください。

適合要件1 業務規程に記載するとともに、別途カリキュラム表を作成してください。なお、人工呼吸器装着者へ対する喀痰吸引又は半固形栄養剤による経管栄養の演習、実習を行う場合は、その旨を業務規程及び、カリキュラムに記載してください。

適合要件2 講師ごとに講師履歴書を作成してください（医師、看護師等の資格所有者についてはその免許証の写しを合わせて提出してください）。

適合要件3-① 業務規程中に必要講師数を記載し、別途講師一覧表を作成してください。

適合要件3-② 備品の一覧表及び、図書目録を作成してください。

適合要件3-④ 「2」で作成した講師履歴書及び、講師一覧表（3-①の講師一覧に担当科目が含まれているのであれば同じものでも差し支えない）を作成してください。

4 その他、関連する資料がある場合は合わせて提出してください。