

記入例

受付番号

山形県知事 殿

登録を受けようとする
1ヶ月前までに申請

〇〇年〇月〇〇日

申請者 所在地 **山形市松波×丁目×番×号**

同 名称 **社会福祉法人〇〇会**

代表者 職 氏名 **理事長 △△ △△**

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	シャカイフクシホウジン〇〇カイ		
	名称	社会福祉法人〇〇会		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 990-0000) 山形 都道 山形 区 松波×丁目×番×号 府 町 村 (ビルの名称等)		
	電話番号/FAX 番号	023-630-xxxx/023-630-xxxx	個人・法人の種別	社会福祉法人
	代表者の氏名・職名・生年月日	フリガナ △△△△ △△△△	職名	理事長
		氏名 △△ △△	生年月日	昭和〇年〇月〇日
喀痰吸引等研修を実施する事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇ソウ	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇
	事業所の名称	特別養護老人ホーム〇〇荘 (介護老人福祉施設)	事業所の代表者名	〇〇 〇〇
	事業所等の所在地	(郵便番号 990-0000) 山形県 山形 郡 松波×丁目×番×号 (ビルの名称等) 事業所名の後ろに()書きでサ ービス名を記載してください。		
	電話番号/FAX 番号	023-630-xxxx/023-630-xxxx		
	メールアドレス (PC)	〇〇〇@〇〇〇. 〇〇. jp		
		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)	〇〇年〇月〇日	15人	
○	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)	〇〇年〇月〇日	15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)	〇年〇月〇日	5人	
(山形県収入証紙 (7,900円) 貼付欄) ※ 消印はしないこと。				
山形県証紙 7,900円分		一回の募集で受け付ける 受講者の予定最大人数を 記載		

- 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（既に登録を受けているものにあたってはその開始年月日）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 下記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（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（以下「省令」という。）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（以下「法」という。）附則第14条の規定に該当しない旨の誓約書（様式12-2）（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（様式12-3）（省令附則第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は、当該研修機関に関する資料