別記様式第２７号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 受付番号 |  | | |
| 登録研修機関登録申請書（第１号研修、第２号研修対象）  年　　月　　日  　群馬県知事　あて  申請者　住　　所  氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  　社会福祉士及び介護福祉士法附則第１１条第２項の規定による登録研修機関の登録を受けたいので、同法附則  第１３条の規定により、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 事業所の所在市町村番号 | | | | |  |
| 申　　　請　　　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| （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 | | | | | 業務開始予定年月日 | | | | | | 研修受講予定人数 | |
|  | １　喀痰吸引等のうち省令第１条各号に掲げる全て  　の行為：第１号研修（不特定多数の者対象） | | | | 年　　月　　日 | | | | | |  | |
|  | ２　喀痰吸引等のうち省令第１条各号に掲げる一部  　の行為：第２号研修（不特定多数の者対象） | | | | 年　　月　　日 | | | | | |  | |
| 備考  　１　「受付番号」欄及び「事業所の所在市町村番号」欄は、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は「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　「業務開始予定年月日」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。  添付書類  　１　申請者に関する書類  　　(1)　申請者が法人である場合　法人の定款又は寄付行為及び登記事項証明書  　　(2)　申請者が個人である場合　住民票の写し  　２　社会福祉士及び介護福祉士法附則第１４条各号に該当しないことを誓約する書面（別記様式第２９号）  　３　社会福祉士及び介護福祉士法附則第１５条第１項各号に掲げる要件の全てに適合していることを証する書類（別記様式第３０号）  　４　実地研修の一部を他の者に委託する場合にあっては、当該実地研修の委託先の研修機関に関する資料 | | | | | | | | | | | | |