別記様式第３５号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 登録研修機関 届出書年 　月 　日　　群馬県知事　あて届出者　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について、喀痰吸引等研修の業務を するので、同法附則第２０条の規定により、次のとおり届け出ます。 |
| 届　 　出　 　者 | 登録研修機関登録番号 |  |  |  |  |  |  |  | 登録年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 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 |  |
| 登録を受けた年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 休止・廃止しようとする喀痰吸引等研修の業務の範囲　　　 | 休止・廃止 | 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） |
| 休止・廃止 | 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） |
| 休止・廃止 | 喀痰吸引等のうち省令第１条各号に掲げる行為の個別研修：第３号研修（特定の者対象） |
| 休止予定期間 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止予定年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 休止・廃止する理由 |  |
|  備考　 １　「受付番号」欄は、記載しないでください。　 ２　「登録研修機関登録番号」欄は、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。　 ３　この届出書は、喀痰吸引等研修の業務を休止し、又は廃止する日の１月前までに提出してください。 |