別記様式第３１号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 　登録研修機関登録更新申請書（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について、登録の更新を受けたいので、同法附則第１６条第２項において準用する同法附則第１３条の規定により、次のとおり申請します。 |
| 申　 　請　 　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 |  | 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 |
|  | 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） |
|  | 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） |
|  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　「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。　 ４　「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。 添付書類　 １　講師の一覧　 ２　講師の氏名及び履歴　 ３　研修に必要な施設、備品一覧及び図書目録　 ４　業務規程　 ５　最近の事業年度における事業報告書、貸借対照表、収支決算書、財産目録等　 ６　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 |