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。 | | | | | | | | | | | | | | |