（様式14－１）

年　　月　　日

岐阜県知事　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

**登録研修機関 登録更新申請書**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条第２項に定める登録研修機関の登録を更新したいので、同法附則第16条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 個人・法人  の種別 | |  |
| e-mail |  | | | | | |
| 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 | | | | 研修開始予定年月日 | | 研修受講予定人数 | |
| 省令別表第三の研修（第３号研修）（特定の者対象） | | | | 年　　月　　日 | |  | |

備考

１　「登録研修機関登録番号」欄には、登録時に付された登録番号を記載してください。

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　「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。

４　 以下の添付資料を併せて提出ください。

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、図書目録

４　業務規程

５　実地研修の一部を委託する場合においては、当該研修機関に関する資料