別記様式第３２号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 受付番号 |  |
| 登録研修機関登録更新申請書（第３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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |