

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**（様式１４－１）**

**提出先：障がい福祉室　生活基盤推進課　指定・指導グループ**

大 阪 府 知 事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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１３条に定める登録研修機関の登録について、登録された内容を更新するため、同法附則第１６条の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録研修機関 | 登 録 番 号 | ２ | ７ |  |  |  |  |  | 登録年月日 | 　　年 　　月　 　日 |
| フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　市　区　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　町　村 |
| （ビルの名称等） |
| 電 話 番 号 |  |
| 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 | 研修開始年月日 | 研修受講予定人数 |
|  | １．喀痰吸引及び経管栄養のすべて　省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）人工呼吸器装着者　（　含む　・　含まない　）　 |  年　　月　　日 |  |
|  | ２．喀痰吸引及び経管栄養の行為のうち任意の行為省令別表第二号研修（不特定多数の者対象） |  年　　月　　日 |  |
| 　第二号研修で実施する行為　　 |  | 口腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日 |  |
|  | 　※口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） | 年　　月　　日 |  |
|  | 鼻腔内の喀痰吸引 | 年　　月　　日 |  |
|  | 　※鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着） | 年　　月　　日 |  |
|  | 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | 年　　月　　日 |  |
|  | 　※気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着） | 年　　月　　日 |  |
|  | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | 年　　月　　日 |  |
|  | 経鼻経管栄養 | 年　　月　　日 |  |
|  | ３．各喀痰吸引等行為の個別研修省令別表第三号研修（特定の者対象） | 年　　月　　日 |  |

備考１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　２　「登録研修機関登録番号」には、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 「喀痰吸引等研修の課程」欄は既に登録を受けている課程には「◎」を、新たに登録を受ける課程は「○」を、それぞれ記載してください。

　　４　「研修開始年月日」欄は、該当する課程ごとに研修の開始年月日（新たに登録を受けるものにあたってはその予定時期）を記載してください。

５　「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。

６　以下の添付資料を合わせて提出ください。

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