

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**（様式１２－１）**

**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を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地市町村番号 |  |
| 登録研修機関 | 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 | 研修開始予定年月日 | 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 |  | 口腔内の喀痰吸引　（人工呼吸器装着者） |
|  | 鼻腔内の喀痰吸引　 |  | 鼻腔内の喀痰吸引　（人工呼吸器装着者） |
|  | 気管カニューレ内部の喀痰吸引 |  | 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者） |
|  | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |  | 経鼻経管栄養 |
|  | 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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　 ２ 「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。

　　 ３　第２号研修を実施する場合は、実施する行為に「○」を記載してください。

　　４「研修開始予定年月日」欄は、該当する課程ごとに研修の開始予定年月日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　設置者に関する書類

（１） 設置者が法人である場合

法人の定款又は寄附行為及び登記事項証明書（省令附則第１０条第２項第１号関係）

（２）申請者が個人である場合

住民票の写し（省令附則第１０条第２項第２号関係）

　　２　【様式１２－２】社会福祉士法及び介護福祉士法附則第１４条各号（省令附則第１０条第２項第３号）の規定に該当しない旨の誓約書

　　３　【様式１２－３】登録研修機関登録適合書類　法附則第１５条第１項各号（省令附則第１０条第２項第４号）

　　４　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

５　コンビニ納付により手数料の納付手続きを行った場合は「大阪府手数料納付済証」