附則様式第15号(附則第11項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

所在地

届出者　名称

代表者氏名

(法人以外にあっては、住所および氏名)

担当者名

(連絡先電話番号)(　　　　　　　　　　　　　　)

登録研修機関再開届出書(第三号研修)

　喀痰吸引等研修業務を再開したので、社会福祉士及び介護福祉士法施行細則附則第11項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録研修機関登録番号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 再開する登録研修機関 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　) | | | | | | | | |
| 都道  　　　　府県 | | | | | | 市区  町村 | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | |
| 再開した業務 | | | | | | | | | | 再開した年月日 |
| 喀痰吸引および経管栄養のすべて：第三号研修(特定の者対象) | | | | | | | | | |  |

備考

　1　「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。