附則様式第8号(附則第7項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

所在地

申請者　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)(　　　　　　　　　　　　　　)

登録研修機関登録申請書(第三号研修)

　社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条の登録を受けたいので、同法施行規則附則第10条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | |
| 都道  　　　　府県 | | 市区  町村 | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | 個人・法人の種別 | |  | |
| 代表者の氏名・職名 | フリガナ |  | | | 職名 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 登録を申請する事業所等 | 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 |  | | | | | | | |
| 代表者の氏名・職名 | フリガナ |  | | | 職名 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 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 |
| 各喀痰吸引等行為の個別研修：第三号研修(特定の者対象) | | | | | 年　　月　　日 | | | |  |

備考

　1　申請者が個人である場合は、申請者の「名称」欄に氏名を、「主たる事務所の所在地」欄に住所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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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　「研修開始予定年月日」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ってはその予定時期)を記載してください。

　4　「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。

　5　この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

　　(1)　設置者が法人である場合は、法人の定款または寄附行為および登記事項証明書

　　(2)　申請者が個人である場合は、住民票の写し

　　(3)　その他知事が別に定める書類