附則様式第9号(附則第8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)(　　　　　　　　　　　　　　)

登録研修機関登録更新申請書(第一号研修または第二号研修)

　登録の更新を受けたいので、社会福祉士及び介護福祉士法附則第16条第1項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録研修機関 | 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 | 　 |
| 喀痰吸引等研修の課程 |
| 　 | 1　喀痰吸引および経管栄養のすべて：第一号研修(不特定多数の者対象) |
| 　 | 2　喀痰吸引および経管栄養の一部：第二号研修(不特定多数の者対象) |
| 現に受けている登録の有効期限満了日 | 　 |

備考

　1　「登録研修機関登録番号」欄には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

　2　「喀痰吸引等研修の課程」欄は、今回登録の更新をする課程に「○」を記載してください。

　3　この申請書には、知事の定める書類を添付してください。