附則様式第12号(附則第10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)(　　　　　　　　　　　　　　)

登録研修機関廃止(休止)届出書(第一号研修または第二号研修)

　喀痰吸引等研修業務の廃止(休止)をするので、社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録研修機関登録番号 | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 登録を受けた年月日 | |  | | | | | | | | | |
| 廃止または休止の別 | | 廃止・休止 | | | | | | | | | |
| 登録を廃止(休止)する業務 | |  | | 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) | | | | | | | |
|  | | 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) | | | | | | | |
| 廃止(休止)予定年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)する理由 | |  | | | | | | | | | |

備考

　1　登録を休止または廃止する日の一月前までに届け出て下さい。

　2　「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。

　3　「登録を廃止(休止)する業務」欄には、廃止(休止)する業務に「○」を記載してください。