（様式12－１）

年　　月　　日

岐阜県知事　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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11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 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 | （法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| 電話番号 |  | 個人・法人の種別 |  |
| e-mail |  |
| 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 |
| 省令別表第三の研修（第３号研修）（特定の者対象） | 　　　年　　月　　日　　 |  |

備考

１　「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　「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」、「社団

　法人」、「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。

４　 以下の添付資料を併せて提出ください。

添付書類

１　申請者に関する書類

（１）申請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　法附則第14条の規定に該当しない旨の誓約書（省令附則第10条第２項第３号関係）（様式12

－２）

　３　法附則第15条第１項各号に掲げる要件の全てに適合することを証する書類（省令附則第10条

第２項第４号関係）（様式12－３）

　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