

(様式 16)

受付番号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地  
同 名称  
代表者 職 氏名

### 登録研修機関 休廃止届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第13条に定める喀痰吸引等研修について、次のとおり休止、または廃止したいので届け出ます。

登録研修機関登録番号										
申請者	フリガナ									
	事業所名称									
	事業所所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)								
	電話番号/FAX 番号	/								
喀痰吸引等研修を実施する事業所	フリガナ				フリガナ					
	事業所の名称				事業所の代表者名					
	事業所等の所在地	(郵便番号 - ) 山形県 郡市 (ビルの名称等)								
	電話番号/FAX 番号	/								
	メールアドレス (PC)									
登録を受けた年月日	年 月 日			登録の有効期間満了日	年 月 日					
登録を廃止・休止する業務	廃止・休止	喀痰吸引及び経管栄養のすべて：省令別表第一号研修（不特定多数の者対象）								
	廃止・休止	喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二号研修（不特定多数の者対象）								
	廃止・休止	各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三号研修（特定の者対象）								
廃止予定年月日	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 登録を休廃止する日の一月前までに届け出て下さい。  
2 「受付番号」欄には記載しないでください。  
3 「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。