（様式１０－３）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

平成　　年　　月　　日

青森県知事　殿

主たる事業所の所在地

申請者

　　　　　　　　　　　　　　代表者

**登録研修機関 登録適合書類**

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第１０条第２項第４号に規定する登録研修機関の登録要件に該当することを証する書類について、下記のとおり関係書類を添えて提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　　都　道　　　　　　　　市　区　　　　　　　府　県　　　　　　　　町　村 |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | 個人・法人の種別 |  |
| 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 |
| 要件 | 適合要件 | 該当書類名 |
| １．法附則第十五条第一項第一号で定める要件（研修内容） |
| 　喀痰吸引等に関する法律制度及び実務に関する科目について講習を行うこと |  |
| ２．法附則十五条第一項第二号で定める要件（講師の要件） |
| 　喀痰吸引等に関する実務に関する科目の講師は、医師、看護師、保健師、助産師の資格を保有していること |  |
| ３．法附則第十五条第一項第三号で定める要件（研修の実施内容） |
| 　①受講者の数を勘案した十分な数の講師が確保されていること |  |
| 　②研修に必要な機械器具、図書その他の設備を有すること |  |
| 　③研修業務を適正に実施するために必要な経理的基礎を有すること |  |
| 　④講師の氏名及び担当する科目を記載した書類を備えること |  |
| 　⑤研修修了者の名簿を作成し、業務廃止まで保管すること |  |
| 　⑥課程ごとの研修修了者一覧表を定期的に都道府県に提出すること |  |

備考１　「受付番号」欄は記載不要です。

２　「個人・法人の種別」欄は、申請者が法人である場合は「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「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　「要件」欄は、それぞれの適合要件について、以下の要領を踏まえた資料を作成し、その書類名を「該当書類名」に記載してください。

以下に記載する項目以外の規定等について、業務規程書としてあわせて作成を行う場合には、その業務規程書の名称及び該当ページ数を記載してください。

適合要件１

業務規程に記載するとともに、別途カリキュラム表を作成してください。

なお、人工呼吸器装着者へ対する喀痰吸引の演習、実習を行う場合は、その旨を業務規程及びカリキュラムに記載してください。

適合要件２

講師ごとに講師履歴書を作成してください。（医師、看護師等の資格所有者については、その免許証の写しをあわせて

提出してください。）

適合要件３－①

業務規程中に必要講師数を記載し、別途、講師一覧表を作成してください。

適合要件３－②

備品の一覧表及び図書目録を作成してください。

適合要件３－④

２で作成した講師履歴書及び講師一覧表（３－①の講師一覧に担当科目が含まれている場合は、同じものでも差し支え

ない。）を作成してください。

４　その他、関連する資料がある場合は、あわせて提出してください。