様式第１０号の３

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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．法附則第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　「要件」欄はそれぞれの適合要件について、**以下の要領をふまえた資料を作成**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、業務規程書として合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**を合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のであれば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**がある場合は合わせて提出してください。

様式第１０号の３

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

（あて先）

　　滋 賀 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の

所　　在　　地　**〇〇県〇〇市〇〇町〇〇**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　　請　　者　**株式会社〇〇**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名　**代表取締役　〇〇　〇〇**

**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 | **〇〇〇〇** |
| 事業所名称 | **〇〇研修機関** |
| 事業所所在地 | （郵便番号　**〇〇〇**　　－　**〇〇〇〇**　　　　）　　　　　　　**〇〇**都　道　　　　　　　　　**〇〇**　　　市　区　**〇〇〇〇**　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　　　　　　　町　村 |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 | **〇〇-〇〇-〇〇** | 個人・法人の種別 | **株式会社** |
| 代表者の氏名･職名・生年月日 | フリガナ | **〇〇　〇〇** | 職名 | **代表取締役** |
| 氏名 | **〇〇　〇〇** | 生年月日 | 　　　　**〇**　年　**〇**　月　**〇**　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 | **業務規程（ｐ○）、別紙○** |
| ２．法附則第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 | **業務規程（ｐ○）、講師履歴書、講師一覧表** |
| 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 | **業務規程（ｐ○）、講師一覧表、講師承諾書** |
| 　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 | **業務規程（ｐ○）、備品一覧、図書目録** |
| 　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 | **業務規程（ｐ○）、別紙○** |
| 　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 | **業務規程（ｐ○）、講師一覧表、カリキュラム表** |
| 　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 | **業務規程（ｐ○）、別紙○** |
| 　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 | **業務規程（ｐ○）、別紙○、研修修了者一覧表** |

備考１　「受付番号」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　「要件」欄はそれぞれの適合要件について、**以下の要領をふまえた資料を作成**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、業務規程書として合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**を合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のであれば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**がある場合は合わせて提出してください。