

第 1 7 号様式（第 1 3 条関係）

受付番号	
------	--

年 月 日

鹿児島県知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

登録研修機関 再開届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 3 条に定める喀痰吸引等研修について、次のとおり、再開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							
登録を受けた年月日								
再開する業務 (該当するものに○ 印を付けること)				省令別表第一号研修 (不特定多数の者対象)				
				省令別表第二号研修 (不特定多数の者対象)				
				省令別表第三号研修 (特定の者対象)				
再開予定年月日		年 月 日						
再開する理由								

- 備考 1 再開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。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 としてください。