（様式16）

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 （休止・廃止）届出書**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条第２項に定める喀痰吸引等研修について、次のとおり（休止・廃止）したいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 登録研修機関  登録番号 |  |
| 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 |  |
| e-mail |  |
| 登録年月日 | | 年　　月　　日 |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 廃止予定年月日 | | 年　　月　　日 |
| 休止・廃止の理由 | |  |

備考

１　登録を休止又は廃止する日の１月前までに届け出てください。

２　「登録研修機関登録番号」欄には、登録時に付された登録番号を記載してください。