特定行為区分変更申請書

様式３

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

指定研修機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　印

保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項

第４号に規定する特定行為研修に関する省令（平成２７年厚生労働省令第３３号）第１０条の規定に基づき、別添のとおり特定行為区分の変更について申請いたします。

□また、同令別表第４備考第５号の厚生労働大臣の認定を受けたいので、あわせて申請いたします。

様式３

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １．指定研修機関の名称 | フリガナ |
|  |
| ２．指定研修機関番号 |  |
| ３．所在地 | 郵便番号 |  | － |  | 都道府県 |  |
| フリガナ |
|  |
| ４．電　話 | 　　　－　　　　－ | ５．FAX | 　　　－　　　－ |
| ６．代表者の氏名 | フリガナ |
|  |

|  |
| --- |
| 本申請に関する問合せ窓口 |
| 氏　名 | フリガナ |  |
|  |
| 部署名 |  |
| 電　話 |  | － |  | － |  | （内線番号） |  |
| e-mail |  |

備考

１　「代表者」および「６．代表者の氏名」は、学校にあっては設置者、病院にあっては開設者、法人その他の者にあってはその代表者の氏名を記入すること。

２　「□また、同令別表第４備考第５号の厚生労働大臣の認定を受けたいので、あわせて申請いたします。」については、領域別パッケージ研修を実施する場合にチェック（☑）を入れること。

３　「本申請に関する問合せ窓口」は、本様式３に関する問合せに対して回答できる者を記入すること。

４　「本申請に関する問合せ窓口」のメールアドレスについては、携帯電話のメールアドレスは使用しないこと。