

# 特定行為区分変更申請書

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

指定研修機関名

代表者 学校にあつては設置者、病院にあつては開設者、法人その他の者にあつてはその代表者の氏名を記載する。 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。

領域別パッケージ研修を実施する場合に✓を記入する。

記入日：令和 年 月 日

1. 指定研修 機関の名称	フリガナ		
	大学院の修士課程で特定行為研修を行う場合は、学校名、学部名、研究科名及び専攻名(分野)まで記入する。		
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		
	学校に当たっては設置者、病院にあつては開設者、法人その他の者にあつてはその代表者の氏名を記入する。		

本申請に関する問合せ窓口			
氏名	フリガナ		
	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。		
部署名			
電話	—	—	(内線番号)
e-mail	携帯電話のメールアドレスは使用しない。		

## 備考

- 1 「代表者」および「6. 代表者の氏名」は、学校にあつては設置者、病院にあつては開設者、法人その他の者にあつ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。