様式１

指定申請書

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

　施設名

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６条の規定に基づき、別添のとおり指定研修機関の指定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についても、あわせて申請いたします。

様式１

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 指定研修機関の指定を受けようとする者 |
| １．名称 | フリガナ |
|  |
| ２．所在地 | 郵便番号 | 　　　　　　－ | 都道府県 |  |
| フリガナ |
|  |
| ３．電話 | － 　　－ | ４．ＦＡＸ | －　　　－ |
| ５．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　「施設名」および「1．名称」は、指定研修機関の指定を受けようとする者の名称を記入すること。

２　「代表者」および「５．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。

３　「□また、同令別表第４備考第５号の厚生労働大臣の認定についても、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。

４「本申請に関する問合せ窓口」は、本様式１に関する問合せに対して回答できる者を記入すること。

５「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。

６　指定研修機関の指定を受けようとする者の代表者が法人の場合にあっては、本様式１に定款又は寄附行為及び登記事項証明書を添付すること。