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

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　本様式に定款又は寄附行為及び登記事項証明書、あるいはこれに準ずる書類を添付すること。