

様式記載要領

様式B：指定研修機関の指定の取消し

- はじめに

はじめに（1／2）

- ・この申請様式は、「保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日法律第203号）」、「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3月13日厚生労働省令第33号）」及び「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の施行等について（平成27年3月17日医政発0317第1号）」に基づくものです。
- ・申請様式及び記載要領は、特定行為に係る看護師の研修制度に関する厚生労働省のホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>）に掲載されています。
- ・指定研修機関は、指定の取消しを受けようとするときは、次に掲げる事項を記載した指定取消申請書（様式B）を厚生労働大臣に提出しなければならないこと。
 - ①指定の取消しを受けようとする理由
 - ②指定の取消しを受けようとする期日
 - ③現に特定行為研修を受けている看護師があるときは、その看護師に対する措置
 - ④特定行為研修を受ける予定の看護師があるときは、その看護師に対する措置

はじめに（2／2）

誤入力・誤操作防止のため、最初に以下をご確認の上、ご記入ください。

行や列の挿入・削除、セルの結合等の禁止

- この様式ファイルでは、**行や列の挿入・削除、セルの幅・高さの変更、セルの結合を行うことはできません**（シートに保護をかけているため、記入者側でこのような操作は行えません）。

記入時の注意事項

- 誤入力防止のため、項目によっては「選択式」、「半角数字のみ」、「全角カタカナのみ」等の入力制限を設定しています。
- 自由記述式の項目を記入する際、**セル内での改行は行わないでください。**

推奨環境

- この様式ファイルは、**ディスプレイ解像度1920×1200以上**で適切に表示されることを確認しています。
- これ以下の環境の場合、「一部項目で文字が見切れる」、「行の縦幅に余裕がなく読みづらい」等の事象が発生する可能性があるため、ご注意ください。

- 頭紙

頭紙

1 役職、氏名

当該機関が学校の場合は「設置者（学校）」、病院の場合は「開設者（病院）」、法人その他の者の場合は「代表者（その他の法人）」を選択してください。氏名は代表者の氏名を記入してください。

2 上記の受講者に対する措置

受講者の特定行為研修の修了の見込みを記入してください。また、受講者を他の指定研修機関に引継ぎ、継続して特定行為研修を受講させる場合には、当該指定研修機関の名称及び所在地を記入してください。

- 記述欄の大きさを変更することはできません。
- 「指定の取消しを受けようとする理由」、「上記の受講者に対する措置」、「上記の者に対する措置」に記入する文字数が多くなった場合、画面上では文字が見切れて最後まで見えないことがあります。その場合は、Excel上部の数式バーを広げて全文をご確認ください。



厚生労働大臣 殿

指定取消申請書

西暦(年月日)

YYYY年MM月DD日で記入する

指定研修機関番号

指定研修機関名 ○○法人 ○○病院

1 役職 開設者(病院)
氏名 厚生 太郎

姓と名の間は全角スペース1字空ける

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14条の規定に基づき、以下のとおり指定研修機関の指定の取消しを申請いたします。

指定研修機関名	○○法人 ○○病院	
指定の取消しを受けようとする理由		
指定の取消しを受けようとする期日	西暦(年月日)	
現に特定行為研修を受けている看護師があるとき	受講者数	
2	上記の受講者に対する措置	
特定行為研修を受ける予定の看護師があるとき	受入予定数	
	上記の者に対する措置	