

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

申 請 者

所在地

法人名

代表者職名・氏名

山形県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり申請します。

登 録 事 項 ※ 1	事業所番号										
	フリガナ										
	事業所名称										
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)									
	連 絡 先	電話番号					FAX番号				
	メールアドレス										
	管理者氏名	フリガナ					資 格 等				
		氏 名									
	指定年月日	年 月 日									
	特定事業所加算	I・II・III・A・無のいずれかを記載⇒					取得見込時期： 年 月				
※ 2	実習指導者 (主任介護支援専門員)	フリガナ					介護支援専門員証 登録番号				
		氏 名					登録番号				
		フリガナ					介護支援専門員証 登録番号				
		氏 名					登録番号				
		フリガナ					介護支援専門員証 登録番号				
		氏 名					登録番号				
		フリガナ					介護支援専門員証 登録番号				
		氏 名					登録番号				

※1 登録事項に変更があった場合は、第3号様式にて変更申請を行ってください。

※2 主任介護支援専門員全員分の氏名及び登録番号を記載してください。

<添付書類> 1及び2の両方を提出してください。

1. 指導者の介護支援専門員証(写し)

2. 指導者の主任介護支援専門員研修修了証書または主任介護支援専門員更新研修修了証書(写し)