

年 月 日

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

申請者

所在地 山形県山形市松波三丁目7-1

法人名 社会福祉法人山形県庁

代表者氏名 理事長 山形 太郎

(事業所番号: 0600000000)

押印は不要です。

山形県介護支援専門員実務研修実習受入

事業所としての指定を受けた際に付与された10桁の番号を記載してください。

【変更前】の欄には、変更のあった項目について、変更前の情報を記載してください。

【変更後】の欄には、変更のない項目を含め、すべての項目を記載してください。

項目	変更前	変更後
事業所名称		居宅介護支援事業所きてけろ
主たる事務所の所在地	(〒)	(〒990-8570) 山形県山形市松波二丁目8-1
フリガナ	ヤマガタ ハナコ	カイゴ ジロウ
管理者氏名	山形 花子	介護 次郎
連絡先	電話	023-630-3124
	FAX	023-630-3321
メールアドレス		kitekero@example.com
特定事業所加算 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A・無のいずれかを記載)	Ⅰ	Ⅱ
実習指導者 (主任介護支援専門員) 氏名・登録番号※	山形 花子 (06009999) 松波 一郎 (06208888) 小白川 福子 (06057777)	介護 次郎 (06999999) 小白川 福子 (06057777)
その他		
変更期日	令和8年6月1日(管理者氏名、実習指導者氏名・登録番号) 令和8年7月1日(特定事業所加算)	

※ 主任介護支援専門員分の氏名及び登録番号を記載してください。

登録している実習指導者全員の氏名及び登録番号を記載してください。

変更後の実習指導者全員の氏名及び登録番号を記載してください。

(例) 小白川福子は継続、山形花子、松波一郎を削除し、介護次郎を追加する場合

＜添付書類＞ 実習指導者を追加する場合のみ1及び

1. 当該指導者の介護支援専門員証 (写し)

2. 当該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)