

(第1号様式)

大分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

年 月 日

大分県知事 殿

所在地  
事業所名  
事業所代表者

大分県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。

	項目	内 容			
事業所	法人名				
	事業所番号				
	事業所名				
	ふりがな				
	事業所代表者				
	所在地	(〒 - )			
	電話番号	- -	FAX 番号	- -	
	担当者名				
特定事業所加算		I ・ II ・ III ・ A ・ 申請中 ( 年 月 日申請)			
主任介護支援 専門員の数	人	実習1回あたりの受入れ 可能人数	人		
指導者	ふりがな				
	指導者名(1)				
	ふりがな				
	指導者名(2)				
	ふりがな				
指導者名(3)					

《添付書類》

○指導者の介護支援専門員証(写し)

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