

香川県健康福祉部長寿社会対策課長 様

所 在 地

法人・事業所名

代表者氏名

香川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。

事業所	法人名						
	事業所番号						
	事業所名						
	代表者名						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	担当者名				業務開始年月日	年 月 日	
	特定事業所加算の有無 (□にレ点)	□Ⅰ ・ □Ⅱ ・ □Ⅲ ・ □無 (令和 年 月に を取得予定)					
	主任介護支援専門員数	人	左記のうち実習指導者の人数	人	実習1回あたりの指導人数	人	
	実習受入に関する希望等	(例：実習生の受入れ人数は指導者1人につき1名を希望する 等)					
指導者		指導者名			介護支援専門員証登録番号		
	①						
	②						
	③						

《添付書類》

- ① 指導者の介護支援専門員証の写し
- ② 指導者の直近の主任介護支援専門員研修あるいは主任介護支援専門員更新研修の修了証の写し