

(様式第1号)

埼玉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

(宛先)

埼玉県知事

事業所所在地

事業所名称

事業所管理者

埼玉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。

記

項目	内容			
（現在の登録内容を）記入 ください。	法人名			
	事業所番号			
	事業所名称			
	事業所管理者			
	事業所所在地	(〒 -)		
	事業所電話番号		事業所 FAX	
	担当者名		メールアドレス	
特定事業所加算の有無	I ・ II ・ III ・ A ・ 無			
主任介護支援専門員の数	人	左記のうち、実習指導者の人数	人	
実習受入れ可能回数	① 1回のみ可 ② 2回以上でも可	実習1回あたりの受入れ可能な人数	人	
実習受入れに関する希望等				
指導者	フリガナ 指導者名 (1)		介護支援専門員証登録番号	
	フリガナ 指導者名 (2)		介護支援専門員証登録番号	
	フリガナ 指導者名 (3)		介護支援専門員証登録番号	