

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)

埼玉県知事

所在地 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1

事業所名称 居宅介護支援事業所コバトンケア

事業所代表者 彩之 国子

押印は不要です。

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 | 株式会社こぼとん | | | | | | | | | |
| | 事業所番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| | 事業所名 | 居宅介護支援事業所コバトンケア | | | | | | | | | |
| | 事業所代表者 | 彩之 国子 | | | | | | | | | |
| | 住所 | (〒330-9301) 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 000-000-0000 | | | | FAX 番号 | 000-000-0000 | | | | |
| | 担当者名 | 埼玉 太郎 | | | メールアドレス | kobatoncare@kobaton.co.jp | | | | | |
| 特定事業所加算の有無 | I ・ II ・ III ・ 無 | | | | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員の数 | 3人 | | | 左記のうち、実習指導者の人数 | 3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 | 2人 | | | | | | |
| 実習受入れに関する希望等 | 特に希望がない場合、未記入でよい。 | | | | | | | | | | |
| 指導者 | フリガナ 指導者名(1) | さいのくにこ 彩之 国子 | 介護支援専門員登録番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | フリガナ 指導者名(2) | さいたま たろう 埼玉 太郎 | 介護支援専門員登録番号 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 |
| | フリガナ 指導者名(3) | こぼとん はなこ コバトン 花子 | 介護支援専門員登録番号 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |

いずれかに○。

いずれかに○。