様式第１号

令和　　年　　月　　日

岡山県子ども・福祉部

長寿社会課長　　　殿

所在地

　　　　　法人名

代表者氏名　　　　　　　　　印

岡山県介護支援専門員実務研修　実習受入事業所登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入事業所の登録について、別紙「岡山県介護支援専門員実務研修実習実施要綱」の内容に同意した上で、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　入　　事　　業　　所 | フリガナ | |  | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | FAX番号 | |  |
| 管理者名 | | フリガナ |  | | 職名 | |  |
| 氏名 |  | |
| 業務開始年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 主任介護支援専門員の数 | 人 | | | 特定事業所加算の有無 | | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・無 | |
| 実習受入可能な人数と期間 |  | | | | | | |
| 実習受入に関する希望等 |  | | | | | | |