

京都府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 年 月 日

京都府知事 殿

所在地  
事業所名称  
事業所代表者 印

京都府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

事業所	項目	内 容						
	法人名							
	事業所番号							
	事業所名							
	フリガナ 事業所代表者名							
	住所	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	フリガナ 担当者名							
特定事業所加算の有無	I ・ II ・ III ・ A ・ 無							
実習受入協力体制の確保日又は確保予定日	年 月 日							
主任介護支援専門員の数	人	実習受入可能人数	人					
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						

※事業所指定申請中の場合、事業所番号欄には「申請中」と記載してください。

※「印」は事業所印もしくは法人印を押印ください。

《添付書類》

○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)