

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

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
	メールアドレス	@		
特定事業所加算の種別		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		介護支援専門員証	
	指導者①		登録番号	
	フリガナ		介護支援専門員証	
	指導者②		登録番号	
	フリガナ		介護支援専門員証	
指導者③		登録番号		
フリガナ		介護支援専門員証		
指導者④		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。

※ご記載いただいたメールアドレスには、実習に関する連絡等を配信いたします。

また、実務研修の実施団体である京都府社会福祉協議会にも提供させていただきます。

《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)