別紙１

年　　月　　日

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課長　殿

所在地

事業者名

代表者職・氏名

福岡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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | |  | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | |
| 事業所番号 | |  | | | | | |
| 事業所所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  |
| 管理者氏名 | | フリガナ | |  | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 特定事業所加算取得（予定）年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 特定事業所加算の有無 | | | | | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・申請中 | | |
| 主任介護支援専門員の数 | | | 人 | | 実習受入可能な人数 | | 人 |
| 備考 |  | | | | | | |