（様式第１号）

宮城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

　　年　　月　　日

（宛先）

宮城県知事　　　　　殿

　所在地

事業所名称

　 　事業所代表者

　宮城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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 法人名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 事業所名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | （〒　　‐　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | －　　　－ | | | | FAX番号 | | | －　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定事業所加算 | | | | Ⅰ　　・　　Ⅱ　　・　　Ⅲ　・　　A　　　取得予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員の数 | | 人 | | | | 実習１回あたりの受入れ  可能人数 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 実習受入れ可能回数 | |  | | | | ①　１回のみ可　／　②　２回以上でも可  ※上記①又は②の該当する方を左の欄に記載ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導者 | （１） | |  | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| （２） | |  | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| （３） | |  | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |

≪添付書類≫

　○指導者の介護支援専門員証（写し）

○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）