

年 月 日

(宛先)

秋田県健康福祉部長

(申請者)

法人名称

代表者名

秋田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

秋田県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録について、次のとおり申請します。

法人名			
事業所番号			
事業所名称			
事業所 代表者名			
事業所所在地		〒	
連絡先		TEL	FAX
メールアドレス			
担当者名（管理者等）			
主任介護支援専門員の数		人	内、実習指導者の数 人
実習受入可能な人数		1 回当たりの受入可能人数 人／回	
		受入可能回数（いずれかに○）	
		① 1 回 ② 2 回 ③ 3 回以上	
実習指導者の情報	①氏名（ふりがな）	()	
	①介護支援専門員番号		
	②氏名（ふりがな）	()	
	②介護支援専門員番号		
	③氏名（ふりがな）	()	
	③介護支援専門員番号		
県又は市町村が実施する指導監督において、申請日前 5 年以内に介護保険法における勧告・命令等の行政上の措置を受けたことがあるか		有 (年 月 日) 無	

※ 実習指導者について、主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修の修了証の写しを添付してください。