第１号様式

　　　　　年　　月　　日

石川県健康福祉部長寿社会課長　殿

所在地

　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

**石川県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録申請書**

介護支援専門員実務研修実習受入事業所の登録について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所分類 | 　施設　　　居宅　　　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 代表者名 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  |
| 主任介護支援専門員の数 | 　　　　　　人 | 特定事業所加算の有無 | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・無 |
| 実習受入可能な人数と期間 |  |
| 実習受入に関する希望等 |  |
| （１） |  | 介護支援専門員登録番号 |  |
| （２） |  | 介護支援専門員登録番号 |  |
| （３） |  | 介護支援専門員登録番号 |  |