年　　月　　日

高知県知事　様

開設者　所在地

名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

高知県介護支援専門員実務研修見学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について、下記のとおり登録を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 事業所・施設の名称 |  |
| 事業所・施設の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 事業所・施設の代表者 | 氏名 |  | 職名 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名 |  | 職　　　名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 業務開始年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 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 |
| 実習受入に関する希望等 |  |