様式第１号

令和　　　年　　　月　　日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会

会　長　　森　戸　　久　雄　様

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨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

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。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 　 |
| 事業所名 | 　 |
| 事業所番号 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　　　　-　　　　　　 |
|
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 代表者名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 事業開始年月日 | 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 |