

(第1号様式)

年 月 日

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

申請者
所在地
法人名
代表者職名・氏名

山形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。

登録事項	事業所番号									
	フリガナ									
	事業所名称									
	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									
	管理者名	フリガナ					資格等			
		氏名								
	指定年月日	年 月 日								
	主任介護支援専門員の人数	人	※特定事業所加算 (取得見込時期 月 日)				I・II・III・A・無			

※登録事項に変更があった場合は、第3号様式にて変更申請を行ってください。