

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

申請者

所在地 山形県山形市松波三丁目7-1

法人名 社会福祉法人山形県庁

代表者職名・氏名 理事長 山形 太郎

押印は不要です。

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としての指定を受けた際に付与された10桁の番号を記載してください。

申請します。

登録事項	事業所番号	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
	フリガナ	キョタクカイゴシエンジギョウショキテケロクン									
	事業所名称	居宅介護支援事業所きてけろくん									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 990 - 8570) 山形県山形市松波二丁目8-1									
	連絡先	電話番号	023-630-3124					FAX番号	023-630-3321		
	メールアドレス	kitekero@example.com									
	管理者名	フリガナ	ヤマガタ ハナコ					資格等	介護福祉士 主任介護支援専門員		
		氏名	山形 花子								
	指定年月日	令和5年 4月 1日									
主任介護支援専門員の人数	3人		※特定事業所加算 (取得見込時期 6月 1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。

いずれかに○をつけてください。
申請時点で加算未取得の場合は、取得見込時期を記載いただき、見込みの加算に○をつけてください。