(別記様式１)

第　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　　様

住所

（法人の場合は、主たる事業所の住所）

申請者　氏名

（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

　　　令和　　年度 栃木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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録事業所 | 事業所番号 |  |
| フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所住所 | (郵便番号　　　　－　　　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| (フリガナ) |  | 職名 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 事業開始年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 主任介護支援専門員数 | 人 |
| 特定事業所加算の有無 | Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ａ　・　無 |
| 実習受入可能な人数 | 人 |
| 実習受入に関する希望等 |  |