

様式第1号

申請日： 年 月 日

群馬県知事あて

↑申請書を提出する日を記入

事業者（開設者）

所在地： 法人の所在地

名称： 法人の名称

代表者職名： 代表者の職名（例：理事長、代表社員など）

代表者氏名： 代表者の氏名

群馬県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入事業所の登録について、その役割を理解し下記のとおり申請します。

事業所	事業所名称	指定申請書（又は変更届出書）に記入した名称とすること										
	事業所番号	1	0									
	所在地	(〒 - ) 群馬県										
	電話番号						FAX 番号					
	メールアドレス	手書きの場合は明瞭に記入し、判別が難しい場合には欄外に補足をする。（例：O（オー）,0（ゼロ））										
	管理者氏名						介護支援 専門員番号					
	申請月における 就業者の人数	主任介護支援専門員：常勤専従( )人 介護支援専門員：常勤専従( )人 就業者の常勤換算人数：( )人					居宅介護支援事業所の管理者との兼務は、 常勤専従に含める。					
	特定事業所加算算定区分（該当箇所を■）	<input type="checkbox"/> 今後算定予定の場合は、算定予定の区分を選択する。										
	申請日前月における利用者総数						要支援( )人・要介護( )人					
専主 門任 員介 の護 氏支 名援 *	実習指導者① 実習責任者兼務						介護支援 専門員番号					
	実習指導者②						介護支援 専門員番号					
	実習指導者③						介護支援 専門員番号					
	実習指導者④						介護支援 専門員番号					
	実習指導者⑤						介護支援 専門員番号					
実習受入に関する 希望等												

\*同一事業所に主任介護支援専門員が複数在籍している場合、主任介護支援専門員全員の氏名を記載する。6名以上の場合は裏面に記入のこと。

主任介護支援専門員の氏名*	実習指導者⑥		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑦		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑧		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑨		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑩		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑪		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑫		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑬		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑭		介護支援 専門員番号	
	実習指導者⑮		介護支援 専門員番号	