様式第１号

申請日：　　　年　　月　　日

　　　群馬県知事あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者（開設者）

 　　　　　　　　　　　　 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名：

代表者氏名：

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 |   |
| 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 |  |
| 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・常勤専従以外(　　　)人介護支援専門員　　：常勤専従(　　　)人・常勤専従以外(　　　)人就業者の常勤換算人数：（　　　　　 ）人 |
| 特定事業所加算算定区分（該当箇所を■） |  □A　 □Ⅰ　□Ⅱ　　□Ⅲ　 　□未取得 |
| 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 |  |