様式第１号

　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長　　様

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

所　在　地

事業者名称

代表者氏名

鳥取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、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  |
| 業務開始年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 主任介護支援専門員の数 | 　　　　　　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の目安 | 　人 |
| 実習受入に関する希望等 |  |

様式第２号

　　第　　　　　　　号

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　様

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　公　印　省　略　）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録決定通知書

　　年　　月　　日付けで登録申請があったことについて、下記のとおり登録したので通知します。

　１　登録事業所

　　（１）名称

　　（２）所在地

　２　登録年月日　　　　　年　　月　　日

　３　登録番号　　　　第　　　　　　　号

　４　備　　考　　　　具体的な実習受入依頼は、研修実施機関から通知します。

様式第３号

　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長　　様

　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

所　在　地

事業者名称

代表者氏名

鳥取県介護支援専門員実務研修　実習受入事業所登録消除届出書

下記の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、登録の消除をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　届　　　出　　　者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 登録番号 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  |
| 消除理由 | 該当するものに○を付けてください。・特定事業所加算の算定を行わないこととするため。・実際の実習生受入れが困難なため。・その他 |