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 |  |