

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

押印は不要です。

申請者

所在地 山形県山形市松波三丁目7-1

法人名 社会福祉法人山形県庁

代表者職名・氏名 理事長 山形 太郎

山形県介護支援専門員実務研修実習事業所としての指定を受けた際に付与された10桁の番号を記載してください。

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録番号を記載してください。

登録事項 ※1 実習指導者 (主任介護支援専門員) ※2	事業所番号	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0				
	フリガナ	キョタクカイゴシエンジギョウショキテケロ													
	事業所名称	居宅介護支援事業所きてける													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 990 - 8570 ) 山形県山形市松波二丁目8-1													
	連絡先	電話番号	023-630-3124				FAX番号	023-630-3321							
	メールアドレス	kitekero@example.com													
	管理者氏名	フリガナ	ヤマガタ ハナコ				資格等	介護福祉士 主任介護支援専門員							
		氏名	山形 花子												
	指定年月日	令和5年 4月 1日													
	特定事業所加算	I・II・III・A・無のいずれかを記載⇒					I	取得見込時期：令和8年7月							
		フリガナ	ヤマガタ ハナコ				介護支援専門員証 登録番号	0	6	0	0	9	9	9	9
		氏名	山形 花子												
		フリガナ	マツナミ イチロウ				介護支援専門員証 登録番号	0	6	2	0	8	8	8	8
	氏名	松波 一郎													
	フリガナ	コジラカワ フクコ				介護支援専門員証 登録番号	0	6	0	5	7	7	7	7	
	氏名	小白川 福子													
	フリガナ					介護支援専門員証 登録番号									
	氏名														
	フリガナ					介護支援専門員証 登録番号									
	氏名														

※1 登録事項に変更があった場合は、第3号様式にて変更申請を行ってください。

※2 主任介護支援専門員全員分の氏名及び登録番号を記載してください。

&lt;添付書類&gt; 1及び2の両方を提出してください。

1. 指導者の介護支援専門員証(写し)
2. 指導者の主任介護支援専門員研修修了証書または主任介護支援専門員更新研修修了証書(写し)