様式第1号

　　年　　月　　日

　青森県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者　　　　　　　　　　　　　　印

青森県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書

　青森県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | | | 内　　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  |  |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 事業所名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 登録事務担当者 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録要件  ※該当する区分に○をしてください。 | |  | | （１）特定事業所加算を取得している居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | （２）特定事業所加算の取得を予定している居宅介護支援事業所の  うち、主任介護支援専門員が配置されている居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | （３）特定事業所加算の取得の予定がない居宅介護支援事業所のうち、主任介護支援専門員が配置されており、実習の指導体制が整っている居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主任介護支援  専門員の数 | | 人 | | | | | 左記のうち、実習指導者の人数 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | |
| 実習１回あたりの受入れ可能な人数 | | 人  加算Ⅰを算定している事業所は3名以  上、加算Ⅱ又は加算Ⅲを算定している  事業所は2名以上としてください。 | | | | | 特定事業所加算の有無  （◯で囲む） | | | | | | Ⅰ 　Ⅱ 　Ⅲ 　無 | | | | | | | | | | | | | |
| 実習受入れに関する希望等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導者 | （１） | |  | | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| （２） | |  | | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |
| （３） | |  | | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |