第１号様式

年　　月　　日

沖縄県知事　殿

所在地

　　　　　事業所名称

代表者氏名

沖縄県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録届

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、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届　　出　　者 | フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （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 | 実習受入可能人数 | 　　　　　　人 |
| 特定事業所加算の有無※ | 有　（　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　）　・　無 |
| 実習受入に関する希望等 |  |

　　※この項目は届出時点の情報を記入すること。