登録様式第１号

平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　佐々木　啓太　様

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録届出書

山口県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、下記のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号（※） |  |
| 実　習　受　入　協　力　事　業　所 | フリガナ |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | （　　　―　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者名 | フリガナ |  | 職　　名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 事業開始年月日 | 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・無 |
| 実習受入に関する希望等 |  |

備考　登録番号（※）の欄には記入しないこと。

登録様式第２号

平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　佐々木　啓太

山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録通知書

山口県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、下記のとおり協力事業者として登録しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号（※） |  |
| 実　習　受　入　協　力　事　業　所 | フリガナ |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | （　　　―　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者名 | フリガナ |  | 職　　名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 事業開始年月日 | 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・無 |
| 実習受入に関する希望等 |  |

備考　第１号様式と同内容を記入のこと。

　　　登録番号（※）の欄には記入しないこと。

登録様式第３号

平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　佐々木　啓太　様

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録事項変更届出書

下記の事項について変更したので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号（※） |  |
| 変更事項 | １．事業所名２．所在地３．代表者名４．事業開始年月日５．主任介護支援専門員の数６．特定事業所加算の有無７．実習受入希望人数等 |
| 変更の内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更の理由 |  |
| 変更年月日 | 平成　　年　　月　　日 |

備考　登録番号（※）の欄には、山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録通知書の登録番号を記入のこと

登録様式第４号

平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　佐々木　啓太　様

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録取下届出書

　介護支援専門員実務研修受入協力事業所の登録取下げについて、下記のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号（※） |  |
| 実　習　受　入　協　力　事　業　所 | フリガナ |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | （　　　―　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者名 | フリガナ |  | 職　　名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 取り下げ理由 |  |

備考　登録番号（※）の欄には、山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録通知書の登録番号を記入のこと

登録様式第５号

平成　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　佐々木　啓太

山口県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録取消通知書

山口県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、下記のとおり協力事業所の登録を取り消しました。

記

登録番号　　　○○○○

事業所名　　　××××

事業所番号　　△△△△

登録取消日　　平成●●年▲▲月■■日

取消理由　　　～～～～