登録様式第１号

令和　　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 |  |
| 実習指導  担当代表者名 | | 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・A・無 | | |
| 取得予定の特定事業所加算数：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A | | |
| 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

令和　　年　　月　　日

（法人名）

（代表者氏名）

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 | |  |
| 実習指導  担当代表者名 | | 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・A・無 | |
| 実習受入に  関する希望等 | |  | | | | | |

登録様式第３号

令和　　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．法人名　　２．法人所在地　　３．法人代表者名  ４．事業所名　５．事業所所在地  ６．事業所電話番号、FAX番号　　 ７．事業開始年月日  ８．実習指導担当代表者名（ふりがな・役職）  ９．主任介護支援専門員の人数  10．特定事業所加算の有無（変更後の取得加算数） | | |
| 変更の内容 | 変更前 | | No | 変更前の詳細 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 変更後 | | No | 変更前の詳細 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 変更の理由 | | |  | | |
| 変更年月日 | | | 令和　　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

　　　変更に内容に基づき登録通知書を送付するため、変更項目毎に詳細を記入のこと

登録様式第４号

令和　　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 |  |
| 実習指導  担当代表者名 | | 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

令和　　年　　月　　日

（法人名）

（代表者氏名）

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　　令和●●年▲▲月■■日

取消理由　　　～～～～