

年 月 日

宮崎県福祉保健部長寿介護課医療・介護連携推進室長 殿

所在地
法人名称
代表者氏名

令和6年度宮崎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

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。

フリガナ			
事業所名称			
事業所所在地	(〒 -)		
連絡先	電話番号		F A X
管理者名	フリガナ		
	氏 名		
指定年月日	年 月 日		
主任介護支援 専門員の人数	人	特定事業所 加算の有無	I・II・III・A・無
実習指導者 (主任介護支援 専門員)	登録番号	氏 名	

※実習指導者は毎年度登録が必要です。

※実習指導者については、宮崎県介護支援専門員協会が開催する指導者向け研修会に必ず御参加ください。