

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。