令和３年度長野県介護支援専門員実務研修（第２期）　ＯＪＴ事業所登録申請書

修正版

令和４年　　　月　　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　公印

　長野県介護支援専門員実務研修における、ＯＪＴを実施する事業所として、下記のとおり登録します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |
| 事業所分類 | 施設　　居宅　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　‐　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　－ | | | | FAX番号 | | | | －　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導者  ※  指導者は１名でも構いません。 | （１） |  | | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | | | | | |
| （２） |  | | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | | | | | |
| （３） |  | | | | | | 介護支援専門員証登録番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | | | | | |

※ＯＪＴは２月４日～４月30日の期間に実施いただきますようお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者  情報 | 受講番号 | 実務２－ | 受講者氏名 |  |