令和２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

令和３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実　施  予定日 | 令和３年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和３年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和３年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ＯＪＴ実施予定日は、本書類作成時の見込みで構いません。

ただし、ＯＪＴは２月15日（月）～４月30日（金）の期間に実施いただきますようお願いします。

**≪添付書類≫ 「指導者に係る介護支援専門員証（写し）」（指導者が複数の場合、人数分添付）**

長野県介護支援専門員実務研修　ＯＪＴ実施依頼書

長社協第　号

令和　　年　月　日

　様

　社会福祉法人長野県社会福祉協議会

　会　長　　藤　原　　忠　彦

（公　印　省　略）

　長野県介護支援専門員実務研修につきましてＯＪＴの実施をお願いします。

ＯＪＴを実施した後、長野県介護支援専門員実務研修ＯＪＴ実施報告書を長野県社会福祉協議会あて送付してください。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　講　生 | 受講番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| ＯＪＴ実施  予定日 | | 令和　　年　　月　　日  令和　　年　　月　　日  令和　　年　　月　　日 |
| 備考 | |  |

ケアマネ研修情報センター

所　長：小穴　貴弘

担　当：原　和洋　　小林　智実

電　話：026-226-2000　FAX：026-227-0137

E-mail：care@nsyakyo.or.jp

長野県介護支援専門員実務研修ＯＪＴ実施報告書

　　　　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

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

　介護支援専門員実務研修ＯＪＴの結果について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 受講番号 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ＯＪＴ実施日 | 実施日 | 令和　　年　　月　　日  令和　　年　　月　　日  令和　　年　　月　　日 | | |
| 時間数 | 時間 | | |
| 指導者氏名 |  | | 連絡先 |  |

※記録シート（指導者用）を添付してください。

※受講者ごとに報告してください。