（様式第８号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所更新登録申請書

令和　　年（　　　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

　令和　　年　　月　日付け（長社協第　　号）にて承認いただいた標記登録について、下記の　　とおり現在の登録内容と同内容で更新したく申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | （〒　　‐　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話：　　　－　　　－　　　　　FAX： 　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　@ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導者 | (1) |  |  | | | | 介護支援専門員証登録番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | 第2条該当※  該当※ | |
|  | | | | (1) ・ (2) | |
| (2) |  |  | | | | 介護支援専門員証登録番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | 第2条該当※ | |
|  | | | | (1) ・ (2) | |
| (3) |  |  | | | | 介護支援専門員証登録番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | 第2条該当※ | |
|  | | | | (1) ・ (2) | |
| (4) |  |  | | | | 介護支援専門員証登録番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | 第2条該当※  該当※ | |
|  | | | | (1) ・ (2) | |
| (5) |  |  | | | | 介護支援専門員証登録番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | 第2条該当※ | |
|  | | | | (1) ・ (2) | |

※第２条該当欄は、指導者の要件のうち (1)、(2)のいずれかに丸をしてください。

(1) 主任介護支援専門員更新研修修了 (2) 令和元年度以降の主任介護支援専門員研修修了

【留意事項】

・登録内容に変更がある場合は、様式第３号により変更（更新）申請してください。

・ただし、**第２条該当欄の変更のみ**の場合は、本様式により更新申請可能です。