令和　　年(西暦　　　年)　　月　　日

北海道保健福祉部福祉局

高齢者保健福祉課介護運営担当課長　様

所在地

法人名

代表者氏名

北海道介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録承諾書

北海道介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所として、次のとおり登録するとともに承諾書の内容を道の指定研修実施機関に提供すること及び道のホームページに掲載することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承　諾　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 | |  |
| Ｅ-mailアドレス |  | | | | | |
| 代表者名 | 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 | | 特定事業所加算の有無 | | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ａ・無 | |
| 実習受入可能な人数と期間 |  | | | | | |
| 実習受入に関する希望等 |  | | | | | |