第１号様式

　　　　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

所在地

事業所名称

代表者氏名

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書

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、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | FAX番号 | | |  |
| 代表者名 | | フリガナ |  | | | 職名 | | |  |
| 氏名 |  | | |
| 特定事業所業務開始年月日 | | | | 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 | |
| 実習指導者名 |  | | | | 実習指導者名 | |  | | |
| 実習指導者名 |  | | | | 実習指導者名 | |  | | |
| 実習受入可能人数 | 人 | | | | １回の受入れ可能人数 | | 人 | | |
| 備考 |  | | | | | | | | |

　※他の指定居宅介護支援事業所と連携し当該実習に係る協力又は協力体制を確保する場合は、備考欄に連携先の指導体制について具体的に記載すること。

第２号様式

　　　　年　　月　　日

　実習受入事業所　代表者氏名　様

和歌山県知事　　　印

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録決定通知書

　　年　月　日付けで登録申請がありました次の事業所について、登録することに決定しましたので、下記のとおり通知します。

　１　登録事業所

　　（１）名称

　　（２）所在地

　２　登録年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

　３　登録番号　　　　　　　第　　　　　　　号

　４　備考

第３号様式

　　　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

所在地

　　　　　事業所名称

代表者氏名

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所取下申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の取下げについて、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  | | | |
| 事業所名称 |  | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者名 | フリガナ |  | 職名 |  |
| 氏名 |  |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | | | |
| 取下げ理由 |  | | | |
| 取下げ日 | 年　　月　　日 | | | |

第４号様式

　　　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

所在地

　　　　　事業所名称

代表者氏名

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の変更について、下記のとおり申請します。

変更日：　　　　年　　月　　日　　　　　※変更箇所のみ記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | FAX番号 | | |  |
| 代表者名 | フリガナ |  | | | 職名 | | |  |
| 氏名 |  | | |
| 登録番号 | 第　　　　　　号 | | | | | | | |
| 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 | |
| 実習指導者名 |  | | | 実習指導者名 | |  | | |
| 実習指導者名 |  | | | 実習指導者名 | |  | | |
| 実習受入可能人数 | 人 | | | １回の受入れ可能人数 | | 人 | | |
| 備考 |  | | | | | | | |

　※他の指定居宅介護支援事業所と連携し当該実習に係る協力又は協力体制を確保する場合は、備考欄に連携先の指導体制について具体的に記載すること。

第５号様式

　　　　年　　月　　日

　実習受入事業所　代表者氏名　様

研修実施機関の長　　　印

和歌山県介護支援専門員実務研修実習生受入依頼書

　貴事業所における、和歌山県介護支援専門員実務研修に係る実習生受入れについて、下記のとおり依頼しますので、御承諾願います。

なお、後日、実習生が直接貴事業所に電話等で連絡しますので、実習期間等については実習生と調整の上、御決定願います。

記

実習生受入れ依頼人数　　　　　人

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習生氏名 |  |  |

第６号様式

　　　　年　　月　　日

　実習生氏名　様

研修実施機関の長　　　印

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入事業所の決定について

　貴殿の、和歌山県介護支援専門員実務研修に係る実習受入事業所について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

なお、実習生は速やかに下記事業所に連絡をとり、実習期間等について決定の上、実習受入依頼書を提出してください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | |
| 事業所  の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 実習指導者  （連絡担当者） |  | | | |

第７号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

実習受入事業所　代表者氏名　　様

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  |
| 氏　　名 | 印 |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　（　　　歳） |
| 実習期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日  　　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分  ※概ね３日間、１８時間以上 |
| 誓約事項 | | 介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項に同意します。   1. 実習期間中は、実習受入事業所の就業規則等を遵守します。 2. 実習期間中は、実習受入事業所及び研修実施機関の各担当者の指示に従います。 3. 実習期間中の通勤費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。 4. 実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しません。 5. 実習中に故意又は過失等により、実習協力者等に損害を与えた場合は、その損害賠償の責任を負うものとします。 6. やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず実習受入事業所及び研修実施機関の各担当者へ連絡します。 |
| 研修実施機関 | |  |

※氏名自署の場合は、押印を省略することができます。第８号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

実習生氏名　様

所在地

　　　　事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

和歌山県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | |
| 電話番号 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　（　　　歳） | | |
| 実習期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　日間）  　　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | |
| 実習場所 | |  | | |
| 実習指導者名 | |  | 連絡先 |  |

第９号様式

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

研修実施機関の長　様

実習生氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　住所

電話番号

和歌山県介護支援専門員実務研修実習誓約書

|  |  |
| --- | --- |
| 実習受入事業所 |  |
| 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項に同意します。   1. 実習期間中は、実習受入事業所の就業規則等を遵守します。 2. 実習期間中は、実習受入事業所及び研修実施機関の各担当者の指示に従います。 3. 実習期間中の通勤費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。 4. 実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しません。 5. 実習中に故意又は過失等により、実習協力者等に損害を与えた場合は、その損害賠償の責任を負うものとします。 6. やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず実習受入事業所及び研修実施機関の各担当者へ連絡します。   　　　　年　　　月　　　日  実習生氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

※氏名自署の場合は、押印を省略することができます。第10号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

研修実施機関の長　様

所在地

　事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

介護支援専門員実務研修報告書兼評価書

　介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | | |
| 実習事項 | | 実習日時 | 年　　月　　日　　時　　分～　　　　年　　月　　日　　時　　分 | | |
| 年　　月　　日　　時　　分～　　　　年　　月　　日　　時　　分 | | |
| 年　　月　　日　　時　　分～　　　　年　　月　　日　　時　　分 | | |
| 年　　月　　日　　時　　分～　　　　年　　月　　日　　時　　分 | | |
| 年　　月　　日　　時　　分～　　　　年　　月　　日　　時　　分 | | |
| 年　　月　　日　　時　　分～　　　　年　　月　　日　　時　　分 | | |
| 受入事業所の コメント | |  | | | |
| 実習指導者氏名 | |  | | 連絡先 |  |

※実習記録用紙を添付してください。