【要綱別紙４】

平成　　年　　月　　日

特定非営利活動法人

長崎県介護支援専門員連絡協議会

　　　　　　理事長　黒江　直樹様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

管理者　　　　　　　 　　　　 　　　印

実習受入機関契約事務に関する事前確認事項

実習受入機関としての契約するにあたり、下記のとおり報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名・事業所名 |  |
| 管理者名 |  |
| 従事している実習指導者登録者常勤換算数 | 人  ※最下段に氏名を記入 |
| 特定事業所加算の  取得状況 | 加算Ⅰ　　　加算Ⅱ　　　加算Ⅲ　　　算定していない  ※該当するものを○で囲む |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　　）　　　－ |
| メールアドレス | @ |
| 実習指導者名  ※従事している実  習指導者全員を  記載して下さい |  |