

- ・新規契約時
- ・法人名、事業所名変更等により事業所番号が変更になった時
- ・解除後の再契約時

【要綱別紙4】

に提出ください。

令和〇年〇月〇日

一般社団法人
長崎県介護支援専門員協会
会長 七種 秀樹 様

事業所名 長崎県介護支援事業所

管理者 支援 一郎 支援印

個人の印鑑で可

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	事業所番号 <u>4212345678</u> 一般社団法人 長崎県介護支援専門員協会 長崎県介護支援事業所
管理者名	<u>支援 一郎</u>
従事している実習指導者登録者常勤換算数	1人 ※最下段に氏名を記入 ※①
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	〒 852-8104 長崎市茂里町3番24号 長崎県総合福祉センター 県棟4階
電話番号	(095) 893 — 6152
FAX番号	(095) 893 — 6153
メールアドレス	nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp
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	<u>介護 花子</u> ※①で記入した実習指導者養成研修を受講する(した)主任介護支援専門員の氏名