大津市 福祉指導監査課 あて

# 介護サービス事業者指定等研修会受講申込書

| | |
|---|---|
| 受 講 希 望 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 指定を受けようとする<br>サービスの種類 | |
| 指定希望日<br>（事業の開始予定日） | 令和　　年　　月　　日 |
| 指定を受けようとする<br>事業所の予定地 | 大津市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 申込者の連絡先<br>ＴＥＬ<br>ＦＡＸ<br>メール | 法人名：<br>ＴＥＬ：（　　　）　　　－<br>ＦＡＸ：（　　　）　　　－<br>メール：<br>担当者名： |
| 申込者（法人）が既に指定を受けている介護保険サービスの種類・名称等 | サービスの種類：<br>事業所名：<br>事業者番号： |

◆受講希望者

| | |
|---|---|
| ① <u>申請者（法人）の代表者</u><br>受講希望者の職務・氏名 | 職務：<br>（フリガナ）<br>氏名： |
| ② <u>管理者</u><br>受講希望者の職務・氏名 | 職務：　管理者<br>（フリガナ）<br>氏名： |

※申請者の代表者については、既に大津市から介護保険法による事業所指定を受けている場合には、受講を省略できます。