

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 サービスの種類	
指定希望日 (事業の開始予定日)	令和 年 月 日
指定を受けようとする 事業所の予定地	大津市_____
申込者の連絡先 TEL FAX メール	法人名： TEL：() — FAX：() — メール： 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： 事業所名： 事業者番号：

◆受講希望者

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

※申請者の代表者については、既に介護保険法による事業者指定を受けている場合には、受講を省略できます。