



平成 年 月 日

行田市長 工藤正司様

法人名  
申請者 住所  
代表者 印

下記居宅介護支援事業所については、要支援認定者の「介護予防支援業務に関する必要な知識を得るために都道府県が実施する研修」の修了者が従事しておりますので、介護保険法第115条の23第3項に規定する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）からの委託先事業所として承認いただきたく必要書類を添えて申請いたします。

また、今後「介護予防支援業務に関する必要な知識を得るために都道府県が実施する研修」修了者が確保できなくなった場合は、速やかに市へ連絡いたします。

#### 記

事業所名

事業所所在地

電話番号

事業所番号

管理者名

介護予防支援従事者研修修了者

介護予防支援従事者研修修了日

添付書類

- ・居宅介護支援事業所指定通知書の写し（指定更新を行っている場合は更新後のもの）

連絡先

TEL

担当