



平成 年 月 日

行田市長 工藤正司様

申請者 法人名
住 所
代表者 印

下記居宅介護支援事業所については、都道府県が実施する研修を受講する等介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する介護支援専門員（指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について（平成18年3月31日付け老振発第0331003号、老老発第0331016号）の第2の3運営に関する基準）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、都道府県が実施する研修を受講する等介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する介護支援専門員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。

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 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> し、必要事項をご記入さい。)	<input type="checkbox"/> 埼玉県が実施した「介護予防支援従事者研修」、「介護予防ケアマネジメント研修」又は「新介護予防給付ケアマネジメント従事者研修」		
	研修修了介護支援専門員名 " 介護支援専門員番号 研修修了日 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 埼玉県以外の都道府県又は指定都市が実施した「介護予防支援従事者研修」		
	研修修了介護支援専門員名 " 介護支援専門員番号 研修修了日 年 月 日		

	<input type="checkbox"/> (財) 長寿開発センターが実施したカリキュラムに介護予防ケアマネジメントの内容が含まれている「地域包括支援センター職員研修」又は介護予防ケアマネジメント研修
	研修修了介護支援専門員名 〃 介護支援専門員番号 研修修了日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 平成19年1月以降に各都道府県が実施し、カリキュラムに介護予防ケアマネジメントの内容が含まれている介護支援専門員実務者研修、介護支援専門員再研修、又は介護支援専門員更新研修
	研修修了介護支援専門員名 〃 介護支援専門員番号 研修修了日 年 月 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)
- ・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証の写し(修了証が交付されている研修のみ)
- ・上記に記載した介護支援専門員の介護支援専門員証の写し

連絡先

T E L

担 当