

公益財団法人 東京都福祉保健財団

理事長 殿

東京都介護支援専門員実務研修  
実習受入事業所の登録に関する同意書

東京都介護支援専門員実務研修の実習実施条件を理解し、実習受入事業所として登録することに同意いたします。

令和〇〇年 〇月 〇日

居宅介護支援事業所番号  
(10桁) 記入

事業所番号 1300000000

届出をしている居宅介護  
支援事業所の事業所名

事業所名 東京都居宅介護支援事業所

郵便番号 000-0000

届出をしている居宅介護  
支援事業所の住所

事業所所在地 東京都新宿区西新宿 0-00-0

代表者の職と氏名を記入

開設者名 都庁株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 東京 太郎

社判を押印

印  
(代表者印・  
会社実印)

事業所連絡先電話番号： 03-0000-0000

担当者名： 東京 花子

実務研修の実習に関するお問い合わせは、こちらにお願いします。

【問い合わせ先】

公益財団法人東京都福祉保健財団 人材養成部介護人材養成室

T E L : 03-3344-8512

F A X : 03-3344-8592