

練馬福祉人材育成・研修センター登録変更・登録削除用紙

※どちらかに○をつけてください

<input type="checkbox"/>	登録内容の変更を希望します
<input type="checkbox"/>	登録の削除を希望します



① 変更箇所にチェック☑をし、ご記入ください。  
② **必須記入** 箇所を必ずご記入の上、ご返信ください。



**必須記入** 箇所を必ずご記入の上、ご返信ください。

<input type="checkbox"/>	事業者番号 <b>必須記入</b>	
<input type="checkbox"/>	事業種別	<p>(介護サービス) ※当てはまる事業種別 1 つに○をしてください                  特養 老健 療養 有料 短期入所 (生活介護 療養介護) 居宅 訪問 通所                  認知症対応型通所 訪問入浴 訪問看護 訪問リハ 夜間訪問介護 通所リハ グループホーム                  小規模多機能 福祉用具販売 福祉用具貸与 定期巡回・随時対応型訪問看護 地域包括                  高齢者センター 敬老館 都市型軽費老人ホーム 住宅改修 その他 ( )</p> <p>(障害福祉サービス) ※当てはまる事業所種別に○をしてください                  居宅介護 重度訪問介護 重度訪問介護 同行援護 重度障害者等包括支援                  行動援護 重度訪問介護 共同生活援助 共同生活介護 施設入所支援 生活介護                  短期入所 就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型) 就労移行支援 計画相談支援                  自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 生活介護 児童発達支援                  放課後等デイサービス</p>
<input type="checkbox"/>	法人名	
<input type="checkbox"/>	事業所名 <b>必須記入</b>	(ふりがな)
<input type="checkbox"/>	郵便番号	〒
<input type="checkbox"/>	住所	練馬区
<input type="checkbox"/>	電話番号 <b>必須記入</b>	
<input type="checkbox"/>	F A X 番号	
<input type="checkbox"/>	メールアドレス	
<input type="checkbox"/>	担当者 <b>必須記入</b>	

問い合わせ：練馬福祉人材育成・研修センター  
 電話 03-6758-0145 / FAX03-5383-7421

以下センター使用欄

受取日	入力日
/	/

登録番号