

介護認定調査業務従事者名簿

令和 年 月 日

長岡市長様

法人名
事業所又は施設名
代表者

印

長岡市の介護認定調査業務に従事する者として、下記のとおり報告します。

記

	氏名 (生年月日)	職種	介護支援専門員登録番号 (専門員証の写し添付)	区分
1	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
2	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
3	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
4	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
5	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
6	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
7	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
8	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
9	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
10	(年 月 日生)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続

*介護支援専門員証の写し(有効期間内のもの)を必ず添付してください。

*新規登録の場合、異動届書と調査員研修修了証の写しをあわせて提出してください。

*居宅介護支援事業所と介護保険施設は別用紙で提出してください。

*認定調査員の資格は、介護支援専門員(介護支援専門員証が有効期間内)であって、都道府県又は指定都市が実施する認定調査員の新規研修を受講した者に限ります。