

厚木市介護保険認定調査業務受託事業所登録届出書

年 月 日

(宛先) 厚木市長

所在地
申請者 名称
(法人) 代表者氏名

厚木市介護保険認定調査業務受託事業所の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。
(複数の場合は、事業所ごとに提出してください。)

種 別	☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 介護保険施設 ☐ その他()
事業者番号	
事業所名	
所在地	
代表者職・氏名	
電話番号	
FAX番号	

【認定調査員登録名簿】

	ふりがな 氏 名	生年月日	介護支援専門員証登録番号		認定調査員研修受講状況	
			有効期間満了日		研修種別	受講年月
1		昭和・平成 年 月 日	No.	年 月 日まで	☐ 新任 ☐ 現任	年 月
2		昭和・平成 年 月 日	No.	年 月 日まで	☐ 新任 ☐ 現任	年 月
3		昭和・平成 年 月 日	No.	年 月 日まで	☐ 新任 ☐ 現任	年 月
4		昭和・平成 年 月 日	No.	年 月 日まで	☐ 新任 ☐ 現任	年 月
5		昭和・平成 年 月 日	No.	年 月 日まで	☐ 新任 ☐ 現任	年 月

添付書類 ☐ 調査員名簿
☐ 介護支援専門員証の写し
☐ 写真(縦3cm×横2.4cm)1枚

調査員名簿

事業者番号		
事業所名		
	ふ り が な 氏 名	介護支援専門員証登録番号
1		No.
2		No.
3		No.
4		No.
5		No.
6		No.
7		No.
8		No.
9		No.
10		No.
11		No.
12		No.
13		No.
14		No.
15		No.