

調査員となる介護支援専門員の氏名等

事業所の名称等

事業所の種類(いずれかに○)

事業所の名称:

介護老人福祉施設 介護老人保健施設

事務担当者名:

介護療養型医療施設 居宅介護支援事業所

電話番号:

指定市町村事務受託法人

介護支援専門員の情報

下記(1)～(4)の項目について記入のうえ、(3)(4)の書類の写しをそれぞれ1部ご提出ください。

※1事業所内に複数の調査員となる介護支援専門員がいる場合、全員分を記入・提出。

※(3)(4)の書類に写しについて、事前にFAXにて送付いただいている場合は、再度ご提出いただく必要はありません。

記入項目

(1) 調査員となる介護支援専門員の氏名(フリガナ)

(2) 生年月日

(3) 「介護支援専門員証」又は「介護支援専門員実務研修修了証明書(都道府県発行)」。

(4) 「認定調査員研修修了証(都道府県又は市区町村発行)」。

※(4)について、「認定調査員研修修了証」を添付することができない場合は、下記(4)①②をご記入ください。

また、「認定調査員研修修了証」の発行待ちの場合、発行され次第写しをご郵送ください。

記入欄

(1)氏名(フリガナ)	()
(2)生年月日	年 月 日生
(3)あてはまるものに チェックまたは記入	☐ 介護支援専門員証の写しを提出 ☐ 介護支援専門員実務研修修了証明書の写しを提出 ☐ 上記のどちらも手元にない(受講修了年月日と主催者を記入) ①受講修了年月日: 年 月 日 ②研修主催者:()都道府県
(4)あてはまるものに チェックまたは記入	☐ 認定調査員研修修了証の写しを提出 ☐ 研修を修了しており、修了証の発行待ち(受講修了年月日と主催者を記入) ☐ 研修を修了しているが、修了証が手元にない・発行されない (受講修了年月日と主催者を記入) ①受講修了年月日: 年 月 日 ②研修主催者:()都道府県 または()市町村

※必要に応じて、裏面の記入欄もご利用下さい。

また、記入欄が不足する場合は、裏面をコピーしてご利用下さい。

(1)氏名(フリガナ)	()
(2)生年月日	年 月 日生
(3)あてはまるものに チェックまたは記入	☐ 介護支援専門員証の写しを提出 ☐ 介護支援専門員実務研修修了証明書の写しを提出 ☐ 上記のどちらも手元にない(受講修了年月日と主催者を記入) ①受講修了年月日: 年 月 日 ②研修主催者:()都道府県
(4)あてはまるものに チェックまたは記入	☐ 認定調査員研修修了証の写しを提出 ☐ 研修を修了しており、修了証の発行待ち(受講修了年月日と主催者を記入) ☐ 研修を修了しているが、修了証が手元にない・発行されない (受講修了年月日と主催者を記入) ①受講修了年月日: 年 月 日 ②研修主催者:()都道府県 または()市町村

(1)氏名(フリガナ)	()
(2)生年月日	年 月 日生
(3)あてはまるものに チェックまたは記入	☐ 介護支援専門員証の写しを提出 ☐ 介護支援専門員実務研修修了証明書の写しを提出 ☐ 上記のどちらも手元にない(受講修了年月日と主催者を記入) ①受講修了年月日: 年 月 日 ②研修主催者:()都道府県
(4)あてはまるものに チェックまたは記入	☐ 認定調査員研修修了証の写しを提出 ☐ 研修を修了しており、修了証の発行待ち(受講修了年月日と主催者を記入) ☐ 研修を修了しているが、修了証が手元にない・発行されない (受講修了年月日と主催者を記入) ①受講修了年月日: 年 月 日 ②研修主催者:()都道府県 または()市町村