

吹田市長 宛

所在地
法人名
代表者職名及び
代表者名

介護保険要介護・要支援認定調査員名簿

令和 年 月 日に締結した介護保険要介護・要支援認定調査業務について、下記調査員が委託契約書第9条第1項の条件を満たすことを確認しましたので、第9条第2項の規定に基づき、その氏名等を報告します。

記

1 事業所名： _____

事業者番号： _____

電話番号： _____ () _____

2 調査員氏名

氏名	認定調査員研修(新規研修)受講年月日	氏名	認定調査員研修(新規研修)受講年月日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

認定調査員研修(新規研修)の修了書等の添付がある場合は受講年月日の記入は不要。

3 添付書類

- ① 介護支援専門員証(顔写真付、有効期間満了日記載)の写し。
- ② 認定調査員研修(新規研修)の修了証明書の写し または 修了していることが確認できる書類等。(大阪府においては、平成16年3月以降に介護支援専門員の資格を取得した者)

記入内容に軽微な誤りがあった場合は、吹田市が訂正することに同意します。

報告責任者署名欄 _____

(吹田市記入欄： 字抹消 字加入)

※上記に同意がない場合、内容訂正のために書類の再提出をお願いすることがあります。