平成31年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務従事者一覧

　　　　年　　月　　日

事　業　所　名

事業所登録番号（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリ　　ガナ氏　　名 | 生年月日 | 専門職種 | 介護支援専門員登録番号 | 介護予防支援研修受講状況 | 主任介護支援専門員資格 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |

※介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務従事者全員を記載してください。

※専門職種については、看護師・社会福祉士・介護福祉士等の専門職種名を記載してください。

※介護支援専門員証の写し（コピー）を添付してください。



（注）ご記入にあたっては、裏面の記入例を参照してください。平成31年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務従事者一覧

記入例

平成31年4月1日

事　業　所　名　　　**○○○○居宅介護支援事業所**

事業所登録番号（　○○○○○○○○○○　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生年月日 | 専門職種 | 介護支援専門員登録番号 | 介護予防支援研修受講状況 | 主任介護支援専門員資格 |
| **○○　○○** | **Ｓ○.○.○** | **看護師** | **○○○○○○○○****（８桁）** | **茨城県主催****新予防給付ケアマネジメント****研修受講済** | ・無 |
| **○○　○○** | **Ｓ○.○.○** | **社会福祉士** | **○○○○○○○○****（８桁）** | **茨城県主催****新予防給付ケアマネジメント****研修受講予定****（開催時期記入）** | 有・ |
| **○○　○○** | **Ｓ○.○.○** | **介護福祉士** | **○○○○○○○○****（８桁）** | **茨城県介護支援専門員****実務研修受講済****(Ｈ18年度以降介護支援専門****員資格取得者）** | 有・ |
|  |  |  |  |  |  |

※介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務従事者全員を記載してください。

※専門職種については、看護師・社会福祉士・介護福祉士等の専門職種名を記載してください。

※介護支援専門員証の写し（コピー）を添付してください。

ふくし　もも

ふくし　もも