

## 認定調査員勤務形態届出書

神戸市介護保険課長宛

令和 年 月 日

事業者番号			
事業者名 代表者氏名	事業者名： 代表者氏名：		
所在地	(〒 — )		
担当者氏名			
TEL		FAX	

調査員の勤務形態等を届け出いたします。

(ふりがな) 氏名 [生年月日]	( )  〔 昭和 平成 年 月 日生 〕
勤務形態 (該当項目を○で囲んで下さい。)	専任 ( 常勤 ・ 非常勤 ) 兼任 ( 常勤 ・ 非常勤 ) 予備
ケアプランをお持ちの場合、 ケアプラン管理予定数 (その他の業務がある場合はその業務内容)	居宅介護支援業務 ( 件 ) 介護予防支援業務 ( 件 ) その他の業務 (業務内容： )
調査員経験の有無と経験年数 (市内の他の事業者における調査員経験も加算)	有 ( 年 カ月 ) 無 (参考：市外事業者での調査員経験：有・無)

## 留意事項

- \* 調査員新規研修を受講のみされていた方が、調査員登録される場合は、この届出書と「認定調査員従事者届出書」(第2号様式)を提出してください。
- \* 現在調査員登録をされている方が、勤務形態を変更する場合もこの用紙を用いて届出を行ってください。
- \* 取り消し・変更(氏名の変更)の場合は、「認定調査員従事者届出書」(第2号様式)を提出し調査員証を必ず返却してください。