

第1号様式(第3条関係)

逗子市介護保険認定調査受託事業所登録申請書

逗子市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名



逗子市介護保険認定調査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申請します。

事業所名			
事業所番号			
所在地			
代表者職氏名			
電話番号		ファクシミリ番号	
種別	居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設 ・ その他		
認定調査員登録名簿			
氏名	生年月日	証明書番号	平成20年度現任研修又は平成21年度以降の新任研修受講の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

※ 各認定調査員の介護支援専門員証、介護支援専門員登録証明書又は実務研修修了書の写しを添付すること。調査員欄が不足するときは、別葉とすること。