令和　　年　　月　　日

**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に従事する介護支援専門員一覧**

事業所名：

事業所番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | フリガナ | 都道府県介護予防支援従事者研修受講の有無 | 備考（専門員証の写しが添付できない理由等） |
| 氏　　名 |
| １ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ２ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ３ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ４ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ５ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ６ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ７ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ８ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| ９ |  | □　有□　無 |  |
|  |
| １０ |  | □　有□　無 |  |
|  |

※　介護支援専門員証の写しを添付してください。

※　八戸市以外の事業所の場合は、当該利用者の担当者分のみ記入してください。