

契約日を御記入下さい。  
 (契約日以降変更の場合は未記入でお願いします。)

年 月 日

(あて先) 八 戸 市 長

介護保険事業所番号 \_\_\_\_\_

事業所単位で御提出下さい。

事業所名  
 事業所長名  
 電話番号

### 年度 要介護認定調査員の従事者名簿

標記について、下記の者が 年 月 日から従事しますので届出ます。

	フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号 (資格有効期間満了日)	認定調査従事者 新任者研修受講年度	備 考
1	契約日を御記入下さい。 (契約日以降変更の場合は未記入 でお願いします。)			
2				
3				17年度以前から調査員として従事していた場合は、「17年度以前」と御記入下さい。
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

● 要介護認定調査員の資格について

① 介護支援専門員であること

指定市町村事務受託法人の場合、介護支援専門員その他厚生労働省で定める者であること

② 都道府県の実施する「認定調査員研修（新任者研修）」を受講したことがあること

● 添付書類

・本従事者名簿に記載された方の介護支援専門員証の写し等調査員資格を証明できるもの