

介護支援専門員 住所等登録票

【介護支援専門員基本情報】

| | | | | |
|------|---------------|---------|------|-----------|
| フリガナ | (姓) | (名) | 生年月日 | 19 年 月 日生 |
| 氏名 | | | | |
| フリガナ | 〒 | | | |
| 現住所 | 都道 府県 | 市町 村 | | |
| 電話番号 | 自宅・勤務先・その他（ ） | | | |

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

介護保険制度の適正な実施を図るために必要がある時は、上記に記載された事項を関係機関に対し、提示することに同意します。

(右欄に署名をお願いします)

署 名

- ※1 京都府で実務研修を修了した介護支援専門員はこの書類を提出してください。
- ※2 **介護支援専門員登録証明書(写し)を添付してください。**
- ※3 「氏名」欄に記載する氏名は戸籍(日本国籍を有しない方については、外国人登録原票)に記載されている文字を使用してください。
- ※4 「生年月日」欄は、西暦で記載ください。
- ※5 「現住所」欄は、住民票に記載されている内容を記入ください。
- ※6 介護支援専門員登録証明書に変更事項がある場合は、その旨を備考欄に記入ください。

■アンケートを行いますので、御協力をお願いします。(なお、回答は任意です。)

| | |
|--|--|
| 現在、介護支援専門員として勤務していますか | はい・いいえ |
| (介護支援専門員として勤務されている場合) 勤務先について記入ください。 (種別は該当する項目に○を記入ください。) | 種別 <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所・特別養護老人ホーム ・老人保健施設・介護療養型医療施設 ・地域包括支援センター ・グループホーム・特定施設(ケアハウス等) ・小規模多機能型居宅介護 (勤務について ・常勤 ・非常勤) |
| | 事業所(施設)名 (所在地 都道 市町 府県 村) |
| 右に挙げた資格の内、取得しているものに○を記入ください | <ul style="list-style-type: none"> ・医師、歯科医師、薬剤師 ・看護師、准看護師、保健師 ・介護福祉士、社会福祉士、作業療法士、理学療法士 ・その他(訪問介護員 等) |