

新予防給付ケアマネジメント業務従事者一覧

令和 年 月 日

法人名	
事業者名	
事業者番号	
所在地	(〒 -)
連絡先	TEL :
	FAX :
	E-mail :

氏 名	生年月日	専門職種	介護支援専門員 登録番号	主ケア取得状況 (○で記入)	特定事業所加算 I・II・III・IV

- ※ 介護支援専門員全員の氏名を記載をしてください。
- ※ 専門職種については看護師・社会福祉士等専門職種名を記載してください。
- ※ 介護支援専門員登録は8桁の新番号を記載してください。
また、介護支援専門員登録証明書と新しい8桁の登録番号を確認できるものの写しを添付してください。