(参考様式５)

**当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧　（事業名： 居宅介護支援）**

**【管理者】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　　名 | 介護支援専門員との兼務の有無 | **同一敷地内の他の事業所**の職務と兼務している場合 |
| 事業所名 | 職種 |
|  | あり・なし(「あり」の場合は下の介護支援専門員の欄に記入してください。) |  |  |
|  |

**【介護支援専門員】**

**介護支援専門員業務に従事する者（新しく勤務する者も含めた全員を記入してください。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ氏　　名 | 介護支援専門員番号（８桁の番号を記入） | 登録されている都道府県名 | 当該事業所での就業開始年月日 | 就労形態 |
|  |  |  |  | 　　年　月　日 | A・B・C・D　 |
|  |
|  |  |  |  | 　　年　月　日 | A・B・C・D　 |
|  |
|  |  |  |  | 　　年　月　日 | A・B・C・D　 |
|  |
|  |  |  |  | 　　年　月　日 | A・B・C・D　 |
|  |
|  |  |  |  | 　　年　月　日 | A・B・C・D　 |
|  |
|  |  |  |  | 　　年　月　日 | A・B・C・D　 |
|  |
| **当該事業所を終了した介護支援専門員一覧（当該届出で終了する者のみ記入すること）** |
|  | フリガナ氏　　名 | 介護支援専門員番号（８桁の番号を記入） | 登録証明書交付元（都道府県名） | 当該事業所での終了年月日 |
| １ |  |  |  | 　　　年　月　日 |
|  |
| ２ |  |  |  | 　　　年　月　日 |
|  |
| 利用者の予定数（当該事業所の合計数） |
| 人 |

※　記入欄が不足する場合は適宜欄を設けて記載するか、または別紙に記載した書類を添付してください。

注）就労形態については、Ａ；常勤専従、Ｂ；常勤兼務、Ｃ；非常勤専従、Ｄ；非常勤兼務に○をつけてください。