揖斐広域連合介護保険認定調査業務（個人委託）登録申込書

（宛先）揖斐広域連合長

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　― |
| 連絡先（電話） | 自宅 |  | 携帯 |  |
| 介護支援専門員資格及び保険加入について | 登録番号【　　　　　　】　有効期間満了日　　　年　　月　　日〇介護支援専門員賠償責任保証制度の加入　　□あり　　□なし〇傷害保険の加入の希望　　□あり　　□なし |
| 調査員経歴※直近のみ | 事業所等 | 所在地 |
| 名　称 |
| 期　間 | 　　　　　年　　　月　　～　　　　　　年　　　月 |
| 業務状況（希望） | 依頼の受領方法 | □窓口　　□郵送　　□FAX（　　　　　　　　） |
| 調査票の提出方法 | □窓口　　□郵送　　□事務局で入力 |
| 調査件数（予定） | １カ月あたり　　　　件まで |
| 備　考 | ※希望、要望があったら記入してください。（調査場所、時間等） |
| 添付書類 | □介護支援専門員証の写し□認定調査員研修受講証の写し□所属する組織の同意書（所属先がある方） |

担当　揖斐広域連合　介護保険課　電話0585-23-0188