

(宛先) 揖斐広域連合長

令和 年 月 日

ふりがな				生年		年		月		日		
氏 名				月 日								
住 所		〒 ー										
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 ☐ 介護支援専門員賠償責任保証制度の加入 ☐ あり ☐ なし ☐ 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