年　　月　　日

令和　　年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託　受託申込書

早島町長　様

**受託者**

所在地

　　　　団体・法人名

代表者

　早島町が定める契約書並びに仕様書を承知の上、下記のとおり業務の受託を申し込みます。

記

１．受託事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | 事　　業　　所　　名　称 |
|  |  |

２．受託事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 住　 　所 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

３．所属する介護支援専門員数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 専従（常勤） | 専従（非常勤） | 兼務（常勤） | 兼務（非常勤） | 常勤換算人数 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント研修受講状況 |
| 研修受講済 | 人 | 伝達研修受講済 | 人 | 合計　　　　　　人 |

※研修受講状況欄

○研　　　修：介護予防支援・介護予防ケアマネジメント研修を受講した者

○伝達研修：上記研修を受講した者から、事業所内で伝達研修を受けた者

**従事者の配置等について**

早島町長

令和　　年　　月　　日

団　　体　・　法　　人　　名

実施事業所名：事業所番号

早島町との委託契約により実施する「令和3年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託」に従事する介護予防支援専門員は、以下のとおろです。

　なお、従事する者が変更となった場合は、早島町に報告します。

　　　　　　人

１．　常勤換算人数

２．　従事者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 介護支援専門員番　　　　　号 | 介護支援専門員氏名（ふりがな） | 勤務状況（※いずれかに○） | 研修受講状況（※いずれかに○） |
| １ |  | （　　　　　　　　　　　） | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ２ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ３ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ４ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ５ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ６ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ７ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ８ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| ９ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |
| １０ |  |  | ・常勤 ・非常勤 ・兼務 | 研 修 | 伝達研修 |

※研修受講状況欄

○研　　　修：介護予防支援・介護予防ケアマネジメント研修を受講した者

○伝達研修：上記研修を受講した者から、事業所内で伝達研修を受けた者