

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、以下のとおりです。

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。

1. 常勤換算人数  人

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