

(※記入不要)

大津市訪問調査員報告書

年 月 日

大津市長

郵便番号

住 所

電話番号

介護保険施設名または
居宅介護支援事業所名

代表者氏名

印

下記の職員が大津市被保険者の介護保険法第28号第5項に規定する調査に従事するので、報告します。

事業所名

介護保険指定事業者番号																			
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

該当種別にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設
	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設
	<input type="checkbox"/>	地域包括支援センター	<input type="checkbox"/>	その他()

調査に従事する職員氏名	フリガナ	備考 (介護支援専門員番号)
		()
		()
		()
		()
		()
		()
		()

※ 大津市に初めてご報告いただく方は、介護支援専門員証の写しをご添付ください。
 ※ 報告者数が7名を超える場合は、恐れ入りますが必要枚数を複写願います。