



# 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。