

事業所	法人番号	XXXXXXXXXXXXXX		
	フリガナ	マルマルケアプランセンター		
	名称	〇〇ケアプランセンター		
	所在地	(郵便番号 598 - XXXX) 大阪 都 道 府 県 泉佐野 市 区 〇〇二丁目3番4号		
	連絡先	電話番号	072-4XX-XXXX (内線) XXXX	FAX 番号 072-4XX-XXXY
管理者		Email	XXXX@XXX.com	
	フリガナ	マルマル パツパツ		住所 (郵便番号 598 - XXXX) 大阪府泉佐野市〇〇三丁目4番5号
	氏名	〇〇 × ×		
	生年月日	昭和XX年XX月XX日		
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)	介護支援専門員		
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス 種別、兼務する 職種及び勤務時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員		
常勤(人)		専従	兼務	
非常勤(人)		1	1	
事業開始時の利用者の推定数		45 人		
添付書類		別添のとおり		

介護支援専門員の人数
に増減があった場合は、
必ず記載してください。

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表別紙 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

【記載例7】

	氏 名		介護支援専門員 登録番号	介護支援専門員証 有効期間満了日	就労開始日	主任介護支援専門員 の資格の有無
			登録都道府県		就労終了日	主任介護支援専門員 有効期間満了日
①	フリガナ	オオサカ キョウコ	27054321	令和10年10月10日	令和6年4月4日	有
	氏名	大阪 京子	大阪府			令和10年10月10日
②	フリガナ	ナニワ サキコ	27043210	令和9年3月3日	令和6年4月4日	無
	氏名	浪速 咲子	大阪府		令和6年12月31日	
③	フリガナ	ヨドガワ キミコ	27032123	令和9年12月1日	令和7年1月1日	無
	氏名	淀川 君子	大阪府			
④	フリガナ					無・有
	氏名					
⑤	フリガナ					無・有
	氏名					
⑥	フリガナ					無・有
	氏名					
⑦	フリガナ					無・有
	氏名					
⑧	フリガナ					無・有
	氏名					
⑨	フリガナ					無・有
	氏名					
⑩	フリガナ					無・有
	氏名					
⑪	フリガナ					無・有
	氏名					
⑫	フリガナ					無・有
	氏名					
⑬	フリガナ					無・有
	氏名					
⑭	フリガナ					無・有
	氏名					
⑮	フリガナ					無・有
	氏名					

備考・記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

・今回の届出により当該事業所での就労を終了する介護支援専門員も記載してください。