

北本市介護保険認定調査業務受託申込書

令和 年 月 日

北本市長 様

事業所の名称			
事業所の所在地			
指定年月日		事業所番号	
事業の種類			
代表者名			
管理者名		電話番号	

介護保険認定調査業務について受託いたしたく、下記のとおり申し込みいたします。

記

1. 調査可能件数

一月あたり _____ 件	土	可 ・ 不可
	日	可 ・ 不可
	祝	可 ・ 不可

2. 介護支援専門員数

介護支援専門員数		うち都道府県認定調査員研修修了者
常 勤	名	(名)
非常勤	名	(名)
合 計	名	(名)

受付