**神戸市介護予防支援業務等従事者一覧**

別紙

**【ご記入をお願いします】**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | （〒　　　　－　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

**【ご記入をお願いします】**

|  |  |
| --- | --- |
| 従事者番号 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※10人以上の場合は、お手数をおかけしますが、当様式をコピーしてご記入をお願いします。

※３月５日開催『介護予防ケアマネジメント従事者新任者研修』をご受講予定の方は、項目「従事者番号」に「研修予定」とご記入下さい。

※ご記入の上、下記まで郵送をお願いいたします。

【郵送先】

神戸市福祉局介護保険課地域包括支援係ケアマネジメントライン

〒６５０－８５７０　　神戸市中央区加納町６－５－１　１号館４階

※「従事者一覧在中」とご記入をお願いします。