

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 業務委託に関する変更届

このことについて、以下のとおり変更を届けます。

令和 年 月 日

法人名	
事業所名	
介護保険事業者番号	
所在地	〒
連絡先	担当者氏名 電話
変更内容 (詳細記入)	※介護予防支援業務従事者の変更の場合は下記にも記入

【介護予防支援業務（ケアマネジメント）従事者】

- ケアマネジメント業務の従事者は、研修受講者または研修受講者から研修を受講した介護支援専門員であること。
- 介護予防給付ケアマネジメント従事者研修を山梨県内以外で受講された場合は、受講終了証明書等内容がわかるものの複写を添付してください。 山梨県内で受講された場合は添付不要です。
- 受講以降、氏名の変更があった方は（旧姓）もご記入ください。

介護支援専門員氏名 (旧姓)	介護支援専門員 番号	介護予防給付ケアマネジメント従事者 研修受講状況、または職場での研修受講状況	
		受講年月日または 終了証明書の日付	受講研修名
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	

甲府市 地域包括支援課