（別紙1）

平川市　介護保険要介護認定調査従事者名簿

年　　月　　日

（法人名等：　　）

区分　　施設　①特養　②老健　③介護療養型医療施設　④介護医療院
　　在宅　⑤居宅介護支援事業所

（平川市の調査を担当される方のみ、該当する区分順に記入して下さい。）

区分	所　属（事業所名等）	職　種	調 査 員 氏 名	介護支援専門員有効期間満了日	県が実施する新任者研修及び現任者研修の最新受講年度
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：
					新任者： 現任者：