

介護保険認定調査個人委託登録申込書

池田市長 様

ふりがな 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
住所						
連絡先	自宅 ()	—				
	携帯	—				
介護支援 専門員	登録番号[]	有効期間 満了日	年 月 日			
都道府県等 調査員研修	[都道府県] 修了日 年 月 日					
調査員経歴	市町村 または 事業所	名称 住所 電話	事業所番号			
	期間	年 月 ~ 年 月 (年 か月)				
	調査実績					
業務状況	PC環境	<input type="checkbox"/> パソコン (word) <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> プリンター				
	移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動二車 <input type="checkbox"/> バス・電車 (最寄:) <input type="checkbox"/> 自家用車 (車種:)				
	調査可能な範囲	1 か月あたり 件 ~ 件まで				
		<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 在宅				
		<input type="checkbox"/> 池田小地区 <input type="checkbox"/> 五月丘小地区 <input type="checkbox"/> 細郷小地区 <input type="checkbox"/> 秦野小地区 <input type="checkbox"/> 呉服小地区 <input type="checkbox"/> 神田小地区 <input type="checkbox"/> 緑丘小地区 <input type="checkbox"/> 北豊島小地区 <input type="checkbox"/> 石橋南小地区 <input type="checkbox"/> 石橋小地区				
		近隣市				
		<input type="checkbox"/> 川西市 <input type="checkbox"/> 伊丹市 <input type="checkbox"/> 箕面市 <input type="checkbox"/> 豊中市 <input type="checkbox"/> その他[]				
[備考]						