

高砂市要介護認定調査個人委託登録申込書

申請日 年 月 日

高砂市長 様

フリガナ			生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
氏名			連絡先	自宅 () 一	
				携帯 () 一	
				e-mail ()	
住所	〒				
介護支援専門員	登録番号【 】		有効期間満了日 年 月 日		
都道府県または、政令指定都市調査員研修の受講履歴	【 都・道・府・県・市】修了日 年 月 日				
調査員経歴	市町村	名 称			
	または	住 所			
	事 業 所	電 話			
	期 間	年 月 ~ 年 月 (年 か月)			
	調査実績	<input type="checkbox"/> 10件未満 <input type="checkbox"/> 30件未満 <input type="checkbox"/> 30件以上			
PC環境は使用可能なもの／移動手段は調査時に使用する交通手段にチェックをつけてください。					
PC環境	<input type="checkbox"/> パソコン (word/excel) <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"/> 自動二輪				
	<input type="checkbox"/> 自家用車 (車種：)				
	<input type="checkbox"/> バス・電車 (最寄り：)				
以下は件数を記載し、可能な範囲すべてにチェックをつけてください。					
調査可能件数	1月あたり 件 ~ 件				
業務希望内容	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 在宅				
	<input type="checkbox"/> 市内				
	<input type="checkbox"/> 加古川市 ()				
	<input type="checkbox"/> 姫路市 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
その他の	※その他上記以外で希望がある場合はご記載ください。				

連絡について、つながりやすい時間帯を記載してください。

日中つながる連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 (())
曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日
時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 (: ~ :)

受付印

※連絡は平日 8 時30分～17時15分の間に行います。その時間内での希望を記載ください。

【添付書類】

- 介護支援専門員証の写し
- 介護保険認定調査員研修修了証の写し