

介護保険認定調査委託登録申込書〔個人〕

川西市長 様

ふりがな 氏名	⑩	生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ー			
連絡先	自宅 ( )	ー		
	携帯	ー		
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( )	ー	事業所番号
	期 間	年 月 ~	年 月	( 年 か月)
	調査実績	<input type="checkbox"/> 10件未満	<input type="checkbox"/> 50件未満	<input type="checkbox"/> 50件以上
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"/> 自動二輪
		<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 件まで		
	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 在宅	
	<input type="checkbox"/> 久代小地区	<input type="checkbox"/> 加茂小地区	<input type="checkbox"/> 川西小地区	
	<input type="checkbox"/> 桜ヶ丘小地区	<input type="checkbox"/> 川西北小地区	<input type="checkbox"/> 明峰小地区	
	<input type="checkbox"/> 多田小地区	<input type="checkbox"/> 多田東小地区	<input type="checkbox"/> 緑台・陽明小地区	
	<input type="checkbox"/> 清和台・清和台南小地区	<input type="checkbox"/> けやき坂小地区	<input type="checkbox"/> 東谷小地区	
	<input type="checkbox"/> 牧の台小地区	<input type="checkbox"/> 北陵小地区		
	<input type="checkbox"/> 他市[ ]			
	〔備考〕			