(様式第2号の2)

(宛先) 埼玉県知事
以下のとおり申立します。

申立書

申立日				年			月			日
フリガナ	(姓)									(名)
申立者氏名										
介護支援専門 員登録番号										
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	フリガナ									
連絡先電話番号	自宅 : - -					日中の連絡先: - -				

私は、埼玉県内に所在地を有する次の介護保険サービス指定事業者など、または介護保険外の在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口で、介護支援専門員の業務に従事している(従事する予定含む)ことを申し立てます。

事業種別

- 指定居宅介護支援事業者
- 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護及び複合型サービスに係る指定地域密着型サービス事業者
- 基準該当居宅介護支援事業者
- 介護保険施設
- 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者
- 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者
- 介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者
- 指定介護予防支援事業者及び基準該当介護予防支援事業者
- 地域包括支援センター
- 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口

【以下事業所証明欄】

上記の者について、以下のとおりであることを証明し、事実と相違ないことを確約します。

- ①現在当施設または事業所に介護支援専門員として勤務し、かつ今後も勤務すること。
- ②_____年____月____日から当施設又は事業所に勤務する予定。

施設又は事業所名称 _____

事業所番号 _____

施設又は事業所の所在地 〒 _____

施設又は事業所の代表者(管理者)職名・氏名 _____

施設又は事業所の電話番号 _____