

(参考様式 7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号	認知症介護実践者 研修修了の有無 ※ 1	小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修修了 の有無 ※ 1	従事するユニット名 ※ 2

※1 小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護の介護支援専門員については、認知症介護実践者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了の有無を記載すること。修了済の場合は、修了証を添付すること。(それ以外のサービスは記載不要)
また、小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護の介護支援専門員に係る変更届を提出する際、対象者が研修を未受講の場合は、法人代表者による受講確約書を添付すること。

※2 認知症対応型共同生活介護以外は記載不要