

指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員異動状況表（今年度の4月1日から運営指導日までの期間）

事業所名：_____

氏 名	管理者は○、 常勤職員は ○を記入	登録番号	採用日（異動日）	①日々の勤務時間帯 （週の勤務時間数）	兼務している場合（居宅介護支援事業以外）			ﾌﾟﾗﾝ取扱件数(直近月)		
		登録都道府県名	（異動日）退職日		事業	職種	②日々の勤務時間帯（週の勤務時間数）	① 介護	② 予防	①+②（件）

【記入例】

氏 名	管理者は○、 常勤職員は ○を記入	登録番号	採用日（異動日）	①日々の勤務時間帯 （週の勤務時間数）	兼務している場合（居宅介護支援事業以外）			ﾌﾟﾗﾝ取扱件数(直近月)		
		登録都道府県名	（異動日）退職日		事業	職種	②日々の勤務時間帯（週の勤務時間数）	① 介護	② 予防	①+②（件）
草津 太郎			H10.4.1（H12.4.1）	水・木・金の9:00～ 18:00（24H）	通所介護	生活相談員	月・火の9:00～18:00（16H）	12	8	20
		滋賀県	(H20.4.1)H25.3.31							

注1）採用日は、貴法人が雇用した日付を記入して下さい。上段の（異動日）は、人事異動により当該事業所の介護支援専門員としての勤務開始日を記入して下さい。下段の（異動日）は、人事異動により当該事業所の介護支援専門員としての勤務終了日を記入して下さい。退職日は、貴法人から退職した日付を記入して下さい。

注2）①は介護支援専門員としての勤務条件、②は兼務先の勤務条件をそれぞれ記入して下さい。