

新規登録の場合は空白

移動支援事業所ヘルパー登録状況報告書

記入例

事業所番号		事業者及びその事業所の名称 代表者											
		社会福祉法人〇〇〇〇 ヘルパーステーション▲▲ 理事長 ■■■ ■■■											
登録番号	登録ヘルパー氏名	介護福祉士・看護師・准看護師	介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修修了者	介護保険法施行令に基づく訪問介護員養成研修課程修了者	障害者（児）ホームヘルパー養成研修課程修了者	居宅介護従業者養成研修課程修了者	重度訪問介護従業者養成研修課程修了者	行動援護従業者養成研修課程修了者	日常生活支援従事者養成研修課程修了者	ガイドヘルパー養成研修及び同研修に相当するものとして知事が認める研修を修了した者			
		全身性障害者外出介護従業者養成研修修了者 知的障害者外出介護従業者養成研修修了者 精神障害者外出介護従業者養成研修修了者											
		従事可能障害種別											
		知的・精神	知的・精神	知的・精神	知的・精神	知的・精神	全身性	知的・精神	性	性	精神	神	
1	八尾 一郎	○介											
2	八尾 二郎		○初							○	○		
3	八尾 花子	○介				○				○			
4	八尾 三郎				○2					○			
5	八尾 桜子			○2							○		

研修等の種類によって従事可能な障がい種別

○を付けた資格証のコピーを添付してください

※1級・2級・3級の区別がある場合は、1級…「O1」、2級…「O2」、3級…「O3」と記入すること。  
 ※介護職員初任者研修…「O初」、介護福祉士実務者研修…「O実」と記入すること。  
 ※介護福祉士…「O介」、看護師…「O看」、准看護師…「O准看」と記入すること。  
 ※新規に登録する者は必ず、資格証のコピーを添付すること。