**東大阪市介護予防・生活支援サービス事業サービス従事者名簿**

　グループ等の名称　（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚中　　枚目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ　氏名  役職名 | 住　　所 | 生　年　月　日 | 担当するサービス | サービス従事者の資格 | 資格の番号 |
|  |  |  | 訪問型  通所型 |  |  |
|  |  |  | 訪問型  通所型 |  |  |
|  |  |  | 訪問型  通所型 |  |  |
|  |  |  | 訪問型  通所型 |  |  |
|  |  |  | 訪問型  通所型 |  |  |

※サービス従事者の資格が確認できる書類を添付してください。