

(様式第7号) (第8、第11関係)

須坂市移動支援サービス従業者一覧表

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者

印

須坂市移動支援サービス従業者は、以下のとおりです。

資格要件 氏名	介護福祉士	介護職員実務者研修	介護職員初任者研修 (旧ホームヘルパー2級以上)	障害居宅介護初任者研修	障害居宅介護基礎研修	強度行動障害従事者養成研修	行動援護従業者養成研修	重度訪問介護従業者養成研修	同行援護従業者養成研修	看護師(保健師)	保育士	障がい者支援に従事した 経験年数(年数記入)

(備考)

- この表は須坂市移動支援サービス事業者指定申請時及び更新時に加え、毎年度、移動支援サービスの提供を開始する前に市長に提出してください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 提出の際は、従事者の資格要件をみたしていることを証明する書類等(写し)を添付してください。  
※ただし、前年度までに提出した者については証明書類等の再提出は不要です。新たにサービスに従事する者がある場合又は従業者の所有する資格等に変更があった場合のみ提出してください。