

様式第 1 号（情報資産の取扱いに関する特記仕様書 第 3 条及び第 4 条関係）
情報資産の取扱いに係る作業責任者等及び作業場所に関する届（新規・変更）

令和〇年〇月〇日

〇〇法人代表者様

所在地 〇〇市●●△△△番地
名称 〇〇法人××××
受注者 代表者職・氏名 理事長 〇〇〇〇〇
事業所名 居宅介護支援事業所■●●■

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託に係る情報資産の取扱いの作業責任者・作業従事者及び作業場所について、情報資産の取扱いに関する特記仕様書第 3 条及び第 4 条の規定に基づき、下記のとおり届けます。

記

＜作業責任者＞

役職・氏名	管理者 渋川 花子
経歴・資格	平成〇年△月～令和△年×月 医療法人〇〇 入社 令和△年▲月～令和〇年〇月 〇〇法人×× 入社 令和〇年□月～ 居宅介護支援事業所■●●■管理者 令和〇年▲月取得 介護福祉士、主任介護支援専門員

＜作業従事者：介護支援専門員＞ ※記述欄が不足する場合は別紙により補足すること

氏名	資格情報			予防研修 ○×
	登録番号	資格有効期限		
渋川 花子	第 12345678 号	令和〇年▲月□日		○
渋川 太郎	第 87654321 号	令和〇年□月△日		○
	第 号			
	第 号			
	第 号			

＜所在地＞ ※所在地が複数ある場合は作業場所ごとに追加すること

所在地 : (所在住所、ビル等の名称、所在階、区画・部屋等の名称)
◇◇市〇〇△△△番地
作業内容 : (当該作業場所で行う作業の詳細) 利用者の受付及びアセスメント、介護予防サービス・支援計画書の原案作成及び利用者への交付・説明、サービス担当者会議の開催、計画実施状況の把握、サービスの評価、給付管理業務、利用者とサービス事業者との連絡調整、その他必要なこと。

*介護支援専門員証の写しを添付してください。

*利用者を担当するのは『介護予防支援従事者研修』を受講済の方に限ります。

(注) 年度途中の採用、退職等により、介護予防支援専門員に異動があった場合は、『随時』、介護支援専門員証の写しを添えて報告をお願いします。

また、年度途中に更新研修を行った場合には、更新後の介護支援専門員証の写しを提出していただきますようお願いします。

様式第1号（情報資産の取扱いに関する特記仕様書 第3条及び第4条関係）
情報資産の取扱いに係る作業責任者等及び作業場所に関する届（新規・変更）

年 月 日

様

所在地
名称
受注者 代表者職・氏名
事業所名

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託に係る情報資産の取扱いの作業責任者・作業従事者及び作業場所について、情報資産の取扱いに関する特記仕様書第3条及び第4条の規定に基づき、下記のとおり届けます。

記

＜作業責任者＞

役職・氏名	
経歴・資格	

＜作業従事者：介護支援専門員＞ ※記述欄が不足する場合は別紙により補足すること

氏名	資格情報		予防研修 ○×
	登録番号	資格有効期限	
	第 号		
	第 号		
	第 号		
	第 号		
	第 号		

＜所在地＞ ※所在地が複数ある場合は作業場所ごとに追加すること

所在地：（所在住所、ビル等の名称、所在階、区画・部屋等の名称）

作業内容：（当該作業場所で行う作業の詳細）
利用者の受付及びアセスメント、介護予防サービス・支援計画書の原案作成及び利用者への交付・説明、サービス担当者会議の開催、計画実施状況の把握、サービスの評価、給付管理業務、利用者とサービス事業者との連絡調整、その他必要なこと。

*介護支援専門員証の写しを添付してください。

*利用者を担当するのは『介護予防支援従事者研修』を受講済の方に限ります。

（注）年度途中の採用、退職等により、介護予防支援専門員に異動があった場合は、『随時』、介護支援専門員証の写しを添えて報告をお願いします。

また、年度途中で更新研修を行った場合には、更新後の介護支援専門員証の写しを提出していただきますようお願いします。