同　　意　　書

５（介護支援専門員）

令和　　年　　月　　日

（あて先）

名古屋市健康福祉局長

|  |
| --- |
| **事業者（法人）住所** |
| 〒 |
| **事業者（法人）名称** |
|  |
| **事業者（法人）代表者職** |
| **代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印** |

私は下記の介護支援専門員が名古屋市と契約し、名古屋市から依頼を受けて要介護認定等に係る認定調査を実施することに同意します。

なお、本同意の有効期間は次のとおりです。

令和　　年　　月　　日から　令和６年３月３１日まで

記

**１　介護支援専門員氏名**

　　　　ふりがな

　　　　氏　名

**２　認定調査を実施する事業所番号・名称及び所在地**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事業所名称 | 事業所所在地等 |
| １ |  |  | ＜住所＞〒  ＜電話＞ |
| ２ |  |  | ＜住所＞〒  ＜電話＞ |
| ３ |  |  | ＜住所＞〒  ＜電話＞ |
| ４ |  |  | ＜住所＞〒  ＜電話＞ |

※　複数の事業所の認定調査を行う場合は、主に行う事業所から順番に記載をしてください。