

第1号様式（第7条関係）

介護サービス相談員派遣申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 名 称

所在地

代表者の
職・氏名

次のとおり介護サービス相談員の派遣について申請します。

派遣 希望 施設 等	名 称	
	所 在 地	
	管理者の職・氏名	
	サービス種類	
	電 話 番 号	

第2号様式（第7条関係）

介護サービス相談員派遣決定通知書

年 月 日

様

春日井市長

年 月 日付けで申請のあった介護サービス相談員の派遣については、次のとおり決定しましたので通知します。

派遣施設等	名称	
	所在地	
	サービス種類	

第 3 号様式（第 9 条関係）

表

第 号	介護サービス相談員証
写 真	氏 名 _____
	_____ 年 月 日生
上記の者は、春日井市介護サービス相談員であることを証明する。	
年 月 日交付	
春日井市長	
印	

裏

- 1 本証は、職務を遂行するときは、常に携帯しなければならない。
- 2 本証は、関係者から請求を受けたときは、いつでもこれを提示しなければならない。
- 3 本証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。
- 4 本証を破り、汚し、又は失ったときは、直ちにその理由を付して市長に届け出なければならない。
- 5 本証は、職務を退いた場合は、直ちに市長に返還しなければならない。
- 6 本証の有効期限は、交付の日から 年 月 日までとする。

備考 用紙の大きさは、縦 62 ミリメートル、横 92 ミリメートルとする。

写真貼付の大きさは、縦 36 ミリメートル、横 24 ミリメートルとする。