年　　月　　日

移動支援事業　事業所ヘルパー登録状況報告書

事業者及びその事業所の名称 代表者													
登録番号	登録ヘルパー氏名	介護福祉士	介護職員基礎研修修了者 実務者研修・ホームヘルパー１級	居宅介護従業者養成研修修了者・訪問介護員 居宅介護職員初任者研修・ホームヘルパー２級	同行援護従事者養成研修修了者	行動援護従事者養成研修修了者	看護師・準看護師	強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践研修）修了者	重度訪問介護従業者養成研修課程修了者	ガイドヘルパー養成研修及び同研修に相当するものとして知事が認める研修を修了した者			その他
										知的障害者ガイドヘルプ養成研修修了者	精神障害者ホームヘルパー養成研修修了者	視覚障害者移動介護従事者養成研修	普通救命講習
		従事可能障害種別											
		全て	全て	全て	視覚	知的・精神	全て	知的・精神	全て	知的・精神	精神	視覚	

※１級・２級・３級の区別がある場合は、１級…「○1」、２級…「○2」、３級…「○3」と記入すること。
※看護師…「○看」、准看護師…「○准看」と記入すること。
※**必ず、資格証のコピーを添付すること。**