（様式第27号）

運動器機能向上体制に係る届出書（介護予防通所リハビリテーション）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 異動等区分 | １新規　２変更　３終了 |

運動器機能向　運動器機能向上サービスに関わる者

上体制の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　種　 | 氏　　　名 | 常勤・非常勤の別 | 専従・兼務の別 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

備考

　１　「異動等区分」欄については、該当する番号に○印を付してください。

　２　資格証を添付してください。