

事業所名	
------	--

令和8年度 久留米市移動支援事業「職員名簿」

No.	職 種	勤務形態		氏 名	資格等 (※1)	移動支援に従事できる 利用対象者の区分(※)		
		常勤	非常勤			全身性	知的	精神
1	管 理 者							
2	サービス提供責任者							
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								

※1 「資格等」の欄には、久留米市移動支援事業実施要綱別表第1に掲げる番号のうち該当するものを全て記載してください。
 ※2 ※1の資格等によって久留米市の移動支援事業に従事できる利用対象者の欄に○印を記入してください。
 ※3 ※1の資格等を証明する証明書等の写しを添付してください。