様式第24号

年　月　日

機能訓練（訪問）における視覚障がい者に対する専門職員の配置届

<table>
<tr><td>事業所・施設の名称</td><td></td></tr>
<tr><td>１　異動区分</td><td>①　新規　　②　変更　　③　終了</td></tr>
<tr><td>２　対象職員</td><td>
<table>
<tr><th>氏　名</th><th>資格名</th><th>研修修了内容</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

備考１　「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

２　「対象職員」には、対象となる従業者（理学療法士、作業療法士、生活支援員等）と研修修了内容を記載してください。

３　研修修了を示す書類写しを添付してください。