

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

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

- 備考 1 「異動区分」欄については、該当する番号に○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。