付表１　指定事業所（介護予防訪問介護相当サービス）の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| （ビルの名称等） |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | ファクシミリ番号 |  |
| 当該事業の実施について定めている定款等の条文 | 第　条第　項第　号 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | 事業所等の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等　 |  |
|  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 従業者の職種・員数（一体的に実施する（介護予防）訪問介護事業所を含む） | 訪問介護員等 |  |
| 専　　従 | 兼　　務 |
|  | 常勤（人） |  |  |
|  | 非常勤（人） |  |  |
|  | 常勤換算後の人数（人） |  |
|  | ※基準上の必要人数（人） |  |
|  | ※適合の可否 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 【添付書類】　 |

備考

1　※印の欄は、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。

3　「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　出張所等がある場合は、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別葉にして記載してください。