

指定生活支援訪問サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号	F A X 番号		
		電子メールアドレス			
出張所等	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号	F A X 番号		
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文					
管 理 者	フリガナ 氏 名		住 所		
	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 （兼務の場合のみ記入）	名 称			
		介護保険事業所番号			
	兼務する職種及び 勤務時間等				
訪 問 サ ー ビ ス 責 任 者	フリガナ 氏 名		住 所		
	生年月日				
	フリガナ 氏 名		住 所		
	生年月日				
人					
従業者の職種・員数	訪問サービス従業者				
	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				
通常の事業の実施地域					

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 2 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。