

記載例

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護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 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●				
連絡先	電話番号	●●●-●●●●-●●●●	FAX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			FAX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					
					第●●条第●●項	
管理者	フリガナ	●●● ●●●		住所	浜松市●●区●●●●-●●	
	氏名	●● ●●				
	生年月日	●●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）				オペレーター	
	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			
事業の実施形態		一体型・連携型				
* 連携する指定訪問看護事業所	名称					
	介護保険事業所番号					
	所在地					
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス			
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	●	●	●	●	●
	非常勤(人)	●	●	●	●	●
	※ 基準上の必要人数(人)					
	※ 適合の可否					
	看護職員				うち計画作成担当者	
	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)	●	●	●	●	
	非常勤(人)	●	●	●	●	
	常勤換算後の人数(人)	●.●人				
	※ 基準上の必要人数(人)					
	※ 適合の可否					
主な揭示事項	営業日	365日				
	営業時間	24時間				
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額			
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額			
	その他の費用	通常の事業の実施地域外 片道●●kmあたり●●●円				
	通常の事業の実施地域	浜松市●●区				
介護・医療連携推進会議の有無	有・無					

地区名、町名などを記入。
(客観的にその区域が特定されるもの)
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - *印の欄は、「事業の実施携帯」が連携型の場合のみ記入すること。
 - 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。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。