

付表 1

訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地					
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
当該事業の実施について定めてある 定款・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号				
管 理 者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏 名					
	生年月日					
	訪問介護員等との兼務の有無			有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従事者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		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	郵便番号		
	氏 名					
	フリガナ		住 所	郵便番号		
	氏 名					
	フリガナ		住 所	郵便番号		
	氏 名					
従業者の職種・員数		訪問介護員等 (サービス提供責任者を含む。)				
		専従	兼務			
常勤 (人)						
非常勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)						
主 な 掲 示 事 項	営 業 日					
	年 間 の 休 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					
通常の仕事の実施地域						

備考

- 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
- 2 サービス提供責任者は、全員記入してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記入した書類を添付してください。