

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	(郵便番号 -)					
		(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号				FAX番号		
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	氏名						
	生年月日						
	事業所内の従業者との兼務の有無	有・無	(職種:)				
	他事業所の従業者との兼務の有無	有・無	事業所の名称				
兼務する職種及び勤務時間等							
サービス提供責任者及び訪問事業責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	氏名						
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	氏名						
従業者	訪問介護員等(従事者)		常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数(人)	基準上の必要人員(人)	適否
		専従				*	*
		兼務					
主な揭示事項	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							
添付書類	別添のとおり						

備考

- *を付した「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 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様に記載した書類を添付してください。