付表１　訪問型サービス（第１号訪問事業）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 | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | |
| 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（兼務の場合のみ記入） | | | | | | 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  「訪問事業責任者」 | | フリガナ |  | | | | | 住所 | | （郵便番号　　－　　　） | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 住所 | | （郵便番号　　－　　　） | | | | |
| 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）訪問事業所を含む） | | | | | | 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 | 営業時間 | | | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | |

備考

１　サービス提供責任者は、全員記入してください。

２　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。