

付表 5

(表)

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業者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 ー)													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文						第 条第 項第 号									
病院・診療所・薬局の別 (該当に○)			病 院			診 療 所			薬 局						
提供する居宅療養管理指導の種類(該当に○)			医師の居宅療養管理指導						/						
			歯科医師の居宅療養管理指導												
			薬剤師の居宅療養管理指導												
			歯科衛生士等の居宅療養管理指導												
			管理栄養士の居宅療養管理指導												
管理者	フリガナ					住所・連絡先		(郵便番号 ー)							
	氏 名							電話番号		FAX番号					
	生年月日														
利用者の推定数		人 (前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)													
従業員	/		医師			歯科医師			薬剤師			歯科衛生士等		管理栄養士	
			常 勤(人)												
			非 常 勤(人)												
主な 掲 示 事 項	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日				
	営 業 時 間		平日		～			土曜		～		日・祝		～	
			備考												
	利 用 料		法定代理受領分						介護報酬告示上の額						
			法定代理受領分以外						介護報酬告示上の額						
その他の費用		運営規程に定めるとおり													
通常 の 事 業 の 実 施 地 域		①			②			③			④		⑤		
		備考													

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。(裏面に続く。)