

(表)

訪問介護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 — )												
	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							
管理者	フリガナ					住所・連絡先	(郵便番号 — )							
	氏名						電話番号			FAX番号				
	生年月日													
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)													
	当該訪問介護事業所内での他の職務との兼務			職種										
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務			事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間										
利用者の推定数		人 (前三月の平均値、新規の場合は予測される数を記入)												
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 — )			資格				
	氏名													
	フリガナ					住所	(郵便番号 — )			資格				
	氏名													
	フリガナ					住所	(郵便番号 — )			資格				
	氏名													
従業員			訪問介護員等											
			専従			兼務								
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数														
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
			平日	～				土曜	～		日・祝	～		
	営業時間		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。)														