

付表 2

(表)

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴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)														
	当該訪問入浴介護・介護予防訪問入浴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											
			兼務する職種及び勤務時間												
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			看護師・准看護師			介護職員									
			専従	兼務	専従	兼務									
	常勤(人)														
非常勤(人)															
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				
	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													
通常の事業実施地域		①			②			③			④		⑤		
		備考													
協力医療機関	名称						主な診療科名								
	名称						主な診療科名								
	名称						主な診療科名								
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。)															