

身体援助訪問サービス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		
		Email				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏 名					
	生年月日					
	訪問介護員等との兼務の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称				
		兼務する職種及び勤務時間等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		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(人)						
利用者の推定数(人)						
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
添付書類		別添のとおり				

備考

1 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。

2 新規指定の場合は別添1、指定更新の場合は別添2に記載された書類を添付してください。