

介護予防訪問サービス事業者の指定に係る記載事項

※受付番号

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										
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文												第	条	第	項	第	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(兼務の場合記入)																
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称														
		兼務する職種及び勤務時間等															
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																
利用者数(訪問介護及び介護予防訪問サービス)						人(うち、要介護者 人、要支援者 人)											
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)																
	※基準上の必要人数(人)																
※適合の可否																	
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	～		日曜・祝日	～								
	利用料	法定代理受領分 三次市長が定める基準による															
		法定代理受領分以外 三次市長が定める基準による															
	その他の費用	別紙運営規程に記載のとおり															
	通常の事業実施地域	①	②		③		④		⑤								
添付書類		別添のとおり															

- 注 1 ※の欄は、記入しないこと。
 2 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すること。
 3 新規に指定を受ける場合は、利用者数の欄は推定数を記入すること。
 4 用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 とする。