

付表 指定居宅介護支援事業所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 _____) 県 郡市					
	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						
	指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無					有・無	
	同一敷地内の他の事業所 または施設の従業者との (兼務の場合記入)	名称			兼務する職種 および勤務時間等	_____	
事業開始時の利用者の推定数 _____ 人							
従業員	従業員の職種・員数(人)		介護支援専門員		その他の職員(事務職員等)		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	
	常 勤(人)						
非常勤(人)							
主な 揭示 事項	営業日						
	営業時間						
	利用料	法定代理受領分以外					
	その他の費用						
	通常の事業実施地域						
添付書類		別添のとおり					

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するかまたは別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。