|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

付表１

指定事業者（総合事業訪問介護）の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 | フリガナ |  | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | |
| 所　在　地 | 〒　　　－ | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 |  |
| Email | |  | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ |  | | | 住 所 | | 〒　　　－ | |
| 氏　　　名 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | 有　・　無 | | | |
| 兼務する同一敷地内の  他の事業所または施設  （兼務の場合のみ記入） | | | 事業所等名称 | | |  | |
| 兼務する職種お  よび兼務時間等 | | |  | |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | |
| 従 業 者 | 職種・員数 | | 訪問介護員等（サービス提供責任者を含む。） | | | | | 常勤換算後  の人数（人） |
| 専　従 | | 兼　務 | | |
| 常　勤（人） | |  | |  | | |  |
| 非常勤（人） | |  | |  | | |
| 利用者の推定数（人） | | |  | | | | | |
| サービス  提供責任者 | フリガナ |  | | | 住 所 | 〒　　　－ | | |
| 氏　　　名 |  | | |
| フリガナ |  | | | 住 所 | 〒　　　－ | | |
| 氏　　　名 |  | | |
| 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　管理者の兼務については、添付資料において確認可能な場合は記載を省略することができます。