

鹿児島市予防型訪問介護サービス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	(〒 -)										
連絡先	電話番号						FAX番号					
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項							第 条 項 号					
利用者の推定数 (更新の場合は実利用者数)							人					
管理者	フリガナ						住所	(〒 -)				
	氏名						住所					
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)			事業所又は施設の名称								
			兼務する職種及び勤務時間									
サービス提供責任者	フリガナ						住所	(〒 -)				
	氏名							住所				
	フリガナ						住所		(〒 -)			
	氏名							住所				
訪問介護員			専従		兼務	常勤換算後の員数(人)	基準上の必要員数(人)		適 否			
	常勤(人)						※	※				
	非常勤(人)											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	営業時間	備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業の実施地域	①	②			③			④		⑤	
備考												

(注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 一体的に運営する(介護予防)訪問介護と同じ内容で記載してください。

3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。