

付表 3 訪問看護・介護予防訪問看護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 -) 県 都市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
Email								
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名							
	生年月日							
	※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)							
	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		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚士
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
常勤(人)								
非常勤(人)								
※常勤換算後の人数(人)								
添付書類		別添のとおり						

(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
Email								

- 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 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
 3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第 71 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 4 管理者の兼務の状況については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 5 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。