

付表 12 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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 郡市			
	連絡先	電話番号	FAX 番号		
	Email				
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)	
	氏名			住所	
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	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		専門相談員			
		専従	兼務		
		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			

- 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 管理者の兼務については、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。