

付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導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					
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士					
店宅療養管理指導の種別						
管理者	フリガナ					
	氏名	住所	(郵便番号 -)			
	生年月日					
○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	医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	
常勤(人)						
非常勤(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 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若しくは保険薬局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。
 3 「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。