

指定事業者（介護予防訪問介護相当サービス）の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名前											
	所在地	郵便番号	—									
	連絡先	電話番号						FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ				生年				住所	郵便番号	—	
	氏名				月日							
	当該事業において兼務する場合の他の職種											
	同一敷地内の他の事業所又は施設において兼務する場合		事業所等名称									
		兼務する職種										
サービス提供責任者	フリガナ				生年				住所	郵便番号	—	
	氏名				月日							
	フリガナ				生年				住所	郵便番号	—	
	氏名				月日							
	フリガナ				生年				住所	郵便番号	—	
	氏名				月日							
訪問介護員等の員数			専従			兼務						
常勤（人）												
非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）												
出張所	フリガナ											
	名称											
	所在地	郵便番号	—									
	連絡先	電話番号						FAX番号				
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日			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												
実施地域												
添付書類	別添のとおり											

備考 1 「受付番号」欄は、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又は別葉に記載した書類を添付してください。

3 「出張所」欄は、本事業を当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所がある場合に記載してください。