

付表 居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -) 県 市					
	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			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	生年月日						
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無					有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等					
事業開始時の利用者の予定数 人							
従業者の職種・員数		介護支援専門員					
		専 従	兼 務				
		常 勤 (人)					
		非常勤 (人)					
主な 揭示 事項	営業日	曜日 ~ 曜日					
	年間の休日	曜日及び / ~ / , / ~ /					
	営業時間	: ~ :					
	利用料	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						

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、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様に記載した書類を添付してください。