

付表1 訪問型サービスに係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市		
	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			(郵便番号 -)
	氏名			住所
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		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(兼務の場合記入)	名称			
	兼務する職種及び勤務時間等			
サービス提供責任者	フリガナ			住所 (郵便番号 -)
	氏名			住所 (郵便番号 -)
	フリガナ			住所 (郵便番号 -)
	氏名			住所 (郵便番号 -)
	フリガナ			住所 (郵便番号 -)
	氏名			住所 (郵便番号 -)
従業者の職種・員数		訪問介護員等(サービス提供責任者を含む)		
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
常勤換算後の人数(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(利用者負担分)	鈴鹿亀山地区広域連合が定める額	
		法定代理受領分以外	鈴鹿亀山地区広域連合が定める額	
	その他の費用	運営規程のとおり		
通常の事業の実施地域				

備考

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- サービス提供責任者は、全員記載してください。
- 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。