付表１-１　総合事業訪問型サービス事業者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　　　－　　　） | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 管　　理　　者 | フリガナ |  | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏　名 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 事業所内の従業者  との兼務の有無 | | | 有　・　無 | （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 他事業所の従業者  との兼務の有無 | | | 有　・　無 | 事業所の名称 | | | | |  | | | |
| 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 | |  | | |
| フリガナ | |  | | | 住所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 氏　名 | |  | | |
| 利用者の推定数 | | | | 人 | | | | | | | | | |
| 従業者 | 訪問介護員等(従事者) |  | | 専従 | | 兼務 | | | | 常勤換算後の員数（人） | | \*基準上の必要人員(人) | \*適合の可否 |
| 常勤（人） | |  | |  | | | |  | |  |  |
| 非常勤（人） | |  | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | |  | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | |

備考

１　＊を付した「基準上の必要人数」「適合の可否」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。