付表２-１　総合事業訪問型サービスA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 | | | |  | |
|  | |
| 訪問事業  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 | | | \*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 | | | | |  | | | | | | |

備考

１　＊を付した「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。