

指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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			
		電子メールアドレス					
出張所等	フリガナ 名 称						
	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規定されている定款、寄附行為等の条文							
管理者	フリガナ 氏 名				住 所		
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）						
	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			
				介護保険事業所番号			
			兼務する職種及び 勤務時間等				
事業の実施形態		一 体 型 ・ 連 携 型					
* 連携する 指定訪問看護事業所	名 称						
	介護保険事業所番号						
	所 在 地						
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		
	定期巡回サービス		随時訪問サービス				
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤（人）						
	非常勤（人）						
	※ 基準上の必要人数（人）						
	※ 適合の可否						
	看護職員				うち計画作成担当者		
	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤（人）						
	非常勤（人）						
	常勤換算後の人数（人）						
	※ 基準上の必要人数（人）						
	※ 適合の可否						
	主な 揭示 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							
介護・医療連携推進会議の有無		有 ・ 無					

- 備 考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - * 印の欄は、「事業の実施携帯」が連携型の場合のみ記入すること。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。