

指定夜間対応型訪問介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			F A X 番号				
出張所等	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号			F A X 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					
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無							
オペレーションセンターのか所数		か所							
利用者数（推定数）		人（うち他の市町村の利用者数 人）							
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		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	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									
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									

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 2 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。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。