

記載例

指定訪問看護事業所・指定介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	●●●●●●●●●●ホウモンカンゴステーション							
	所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●							
	連絡先	電話番号	●●●-●●●●-●●●●		FAX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			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		第●条第●号							
事業所の種別	1 病院								
	2 診療所								
	③ 指定（介護予防）訪問看護ステーション								
管理者	フリガナ 氏名	●●● ●●●		住所	浜松市●区●●●-●●				
	生年月日	●●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）				看護職員				
	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							
利用者数（推定数）	●●人								
従業者の職種・員数	保健師		看護師		准看護師		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤（人）	●	●	●	●	●	●	●	
	非常勤（人）	●	●	●	●	●	●	●	
	常勤換算後の人数（人）	●.●人		●.●人		●.●人		●.●人	
	※ 基準上の必要人数（人）								
主な揭示事項	営業日	●曜日～●曜日							
	営業時間	●:●●～●●:●●							
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額					
	その他の費用	通常の事業の実施地域外 片道●●kmあたり●							
通常の事業の実施地域	浜松市●区、●区、●区								

地区名、町名などを記入。
(客観的にその区域が特定されるもの)
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 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。