

## 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							
	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								
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				
	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						
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）							
	※ 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。