

指定居宅療養管理指導事業所・指定介護予防居宅療養管理指導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							
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 薬局						
提供する居宅療養管理指導の種類							
管理者	フリガナ 氏名			住所			
	生年月日						
利用者数(推定数)		人					
従業者の職種・員数		医師	歯科医師	薬剤師	歯科衛生士	管理栄養士	看護職員*
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							

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
 3 *印欄、看護職員が行うものについては平成30年9月30日までとする。
 (指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令(平成30年厚生労働省令第4号)附則第2条)