

**記載例**

指定訪問入浴介護事業所・指定介護予防訪問入浴介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	●●●●●●●●●●ホウモンニューヨクカイゴジギョウシヨ				
	名称	●●●●●●●●●●訪問介護入浴事業所				
	所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●				
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			第●●条第●●項			
管理者	フリガナ	●●●●●●●●		住所	浜松市●●区●●●●-●●	
	氏名	●●●●●●				
	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）		
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）		介護職員		名 称	
	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）		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	看護職員		介護職員			
	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤（人）	●	●	●		●
	非常勤（人）	●	●	●		●
	※ 基準上の必要人数（人）	●.●人		●.●人		
※ 適合の可否						
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●●円				
通常の事業の実施地域	浜松市●●区、●●区、●●区					
協力医療機関	名称	●●クリニック		診療科名	内科	
	名称					

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 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。