

記載例

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 ●●●● - ●●●●) 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	
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	●●●●●●●●			住所	浜松市●●区●●●●-●●
	氏名	●●●●●●				
	生年月日	●●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
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	●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	●●●●					

- 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。