

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 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 | | | | | |
| 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 | 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） | | | | |
| ※ 適合の可否 | | | | | |
| 主な 揭示 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 | | | | | |
| 協力 医療機関 | 名 称 | | | 診療科名 | |
| | 名 称 | | | 診療科名 | |

- 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。