

## 指定介護予防支援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	
		電子メールアドレス			
支所等	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	
		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				
	地域包括支援センター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		担当職員		その他の職員 (事務職員等)	
		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 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	利用料	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 支所等がある場合は、「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。