

付表2 療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号							
	E-Mail								
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 - )							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称							
兼務する職種及び勤務時間等									
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 - )							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等								第 条 第 項 第 号	
<b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>									
利用定員(人)				利用者の推定数(人)					
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
	平日	:		~		:			
営業時間	土曜	:		~		:			
	日・祝	:		~		:			
	利用料								
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
設備	多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)					有	無		

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

