付表1-1(第4条関係)

基準該当訪問介護事業者　　　　　　　　　　　　　　　　の登録に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 受付番号 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | 住所 | | | 郵便番号 | | | |
| 氏名 | | |  | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | | (有・無) | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | | | | | | 名称 |  | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | |  | | | |
|  | | | |
| サービス提供責任者 | | | フリガナ | |  | | | | | 住所 | | 郵便番号 | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | 住所 | | 郵便番号 | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | |  | | |
| 専従 | | | | | 兼務 | |
|  | | 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 | | | |  | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | |  | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | |