

付表第二号（十一） 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名			
	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)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	事業所番号	
	兼務先のサービス 種別、兼務する職 種及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数（人）		介護支援専門員		
		専従	兼務	
		常勤（人）		
非常勤（人）				
事業開始時の利用者の推定数				人
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。