**付表７　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 事業所内での従業者との兼務 | 有　・　無 | 兼務職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合 | 名称 |  |
| 従事する職種及び勤務時間等 |  |
| 一体型・連携型 | （連携型の場合）連携する訪問看護事業所　　　※複数ある場合は一覧を添付 |
| 名称 |  |
| 事業者番号 | 住所 | （郵便番号　　　-　　　　　） |
|  |
| 計画作成責任者 | フリガナ |  | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 資　格 |  | 資　格 |  |
| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員等 | オペレーター | 看護職員 | 理学療法士作業療法士言語聴覚士 |
| 定期巡回 | 随時訪問 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日及び休日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分（一割負担分） |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |

備考　 　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載して添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。