

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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	—) 都道府県	市区町村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号		
Email							
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				
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
販売種目							
利用者の推定数	人						
○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		専門相談員					
		専 徒		兼 務			
		常 勤(人)					
		非常勤(人)					
		常勤換算後の人数(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。

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。

3 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。