

付表第一号(二) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護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		
協力医 療機関	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
○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	看護職員		介護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
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するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
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。

(参考) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	