

付表第一号（五） 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導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	(内線)				FAX番号				
Email												
事業所種別			☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 薬局									
居宅療養管理指導の種類			☐ 医師又は歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 ☐ 管理栄養士									
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -)							
	氏 名											
	生年月日											
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			医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士	
			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)												
添付書類			別添のとおり									

備考 1 病院、診療所又は薬局が行うものについては、法第 71 条第 1 項 の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。