

付表12 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 -)		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
メールアドレス			※必須	
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)			
	同一敷地内の他の事業所又は施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称		
兼務する職種及び勤務時間帯				
従業者の職種・員数	福祉用具専門相談員			
	専従			兼務
	常勤(人)			
	非常勤(人)			
	常勤換算後の人数(人)			
	基準上の必要な人数(人)			
適合の可否				
主な揭示事項	営業日			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	販売費用の額			
	その他の費用			
	通常の実施地域			
添付書類	別添のとおり			

【記載上の注意】

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「常勤換算後の人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値です。
- 4 今後、介護保険に関する本市からのお知らせ通知については、電子メールのみにすることを想定しているため、「メールアドレス」は必ず記載してください。