

付表29-2 第1号介護予防支援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					
	メールアドレス				※必須				
地域包括支援センターの設置年月日				平成	年	月	日		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第	条	第	項	第	号
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)					
	氏名								
	生年月日	M・T・S . .							
	当該事業所で従事する他の職務 (他の職務に従事する場合のみ記入)								
	当該事業者である地域包括支援センターで 従事する職種 (従事する場合のみ記入)			従事する職種				勤務時間	
事業開始時の利用者の予定数			人						
従業者の職種・員数		担当職員		その他の職員 (事務職員等)					
		専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)							
		非常勤(人)							
主な 掲 示 事 項	営業日 (サービス提供日)								
	営業時間 (サービス提供時間)								
	利用料		法定代理受領分以外						
	その他の費用								
	通常の事業の実施地域								
添付書類		別添のとおり							

記載上の注意事項

- 1 「受付番号」欄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様に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 4 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。