付表２

指定事業者の指定に係る記載事項（訪問型サービスＡ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| **名称** | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | | |  | | | |  | | | | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | |
| 従事者との兼務の有無 | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | | | 名称 | | | |  | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | |
| 訪問事業責任者 | フリガナ | |  | | | | 住所 | 〒 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 資格の種類 | |  | | | | 資格取得年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 住所 | 〒 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 資格の種類 | |  | | | | 資格取得年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 従事者の職種・員数 | | | | | 訪問介護員・研修受講者等 | | | | | | | | | |
| 専従 | | | | | | | | 兼務 | |
|  | 常勤 | | | | 人 | | | | | | | | 人 | |
| 非常勤 | | | | 人 | | | | | | | | 人 | |
| 常勤換算後の人数 | | | | 人 | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数 | | | | （市記入欄）　　　　　　　　　　　　　人 | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | |  | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | |  | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | 円 | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | 円 | | |
| その他の費用 | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | |  | | | | | | | | | |

備考　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入して添付してください。