

付表 2

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(〒 -) 広島県 福山市													
	連絡先	電話番号					FAX番号					E-mailアドレス			
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)								
	名前					住所									
	生年月日														
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)														
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)				事業所等名称										
				兼務する職種及び勤務時間等											
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)															
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日			~			土曜			~	日曜・祝日			
		備考													
	利用料	法定代理受領分						介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割(負担割合証の割合に準ずる)							
		法定代理受領分以外						介護報酬告示上の額							
	その他の費用														
通常の事業 実施地域	①			②			③			④			⑤		
	備考														
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									
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別様に記載した書類を添付すること。

備考 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。