

付表 1 2

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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											
	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			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)												
主な 掲示 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										
	取り扱う種目 (該当する種目に○)	腰掛便座			自動排泄処理装置の交換可能部品			入浴補助用具				
		簡易浴槽			移動用リフトの吊り具の部分							
		その他										
	販売費用の額											
その他の費用												
通常の事業 実施地域	①			②			③			④		⑤
	備考											
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。
2 「主な掲示事項」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。