

指定介護予防支援事業所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											
	地域包括支援センターにおいて兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
利用者の推定数					人							
従業者の職種・員数 (サブセンターの従業者含む)			担当職員						その他の職員 (事務員等)			
			保健師等		主任介護 支援専門員		社会福祉士等				介護支援専門員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
			常勤(人)									
非常勤(人)												
主な 揭示 事項	営業日											
	営業時間											
	利用料		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額					
	通常の事業実施地域											
添付書類		別添のとおり										

- 備考 1 サブセンター(出張所)方式を取る事業者は、別紙に事業所の名称・所在地・主な揭示事項を記載すること。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、別の用紙に記載した書類を添付すること。
- 3 「利用者の推定数」については、新規の場合は「推定数」を、前年度実績がある場合は「前年度の平均値」を記載すること。
- 4 「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。