

訪問看護・介護予防訪問看護事業者の指定に係る記載事項

申請書(様式第1号)裏面で記載した同一の所在地、連絡先を記入。

事業所	フリガナ	○×ホウモンカンゴステーション									
	名称	○×訪問看護ステーション									
	所在地	(郵便番号540-XXXX) 大阪府中央区〇〇町一丁目〇番〇号□ビル5階(ビルの場合は、名称、部屋番号を記入)									
	連絡先	電話番号	××-××××-××××			FAX番号	××-××××-××××				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文					第 条第 項第 号						
病院・診療所・その他の訪問看護事業所(訪問看護ステーション)の別(該当に○)			病院	診療所	その他の訪問看護事業所(訪問看護ステーション)			○			
管理者	フリガナ	○△ ×□		住所・連絡先	(郵便番号540-XXXX) 自宅住所・電話番号を記入						
	氏名	○△ ×□			大阪府中央区〇〇町一丁目〇番〇号						
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生			電話番号	00-0000-0000	FAX番号	00-0000-0000			
	※職種			※登録番号							
	※他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)										
	当該訪問看護・介護予防訪問看護事業所内での他の職務との兼務			職種							
同一敷地内の他の事業所の職務との兼務			事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間	(居宅療養管理指導、介護予防居宅管理指導の管理者兼務する場合) ○×訪問看護ステーション ①居宅療養管理指導、②介護予防居宅療養管理指導 ①~②管理者 (9:00-18:00) 8時間勤務/日							
利用者の推定数			30人		(前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)						
従業員			看護師		保健師		准看護師		理学療法士・作業療法士 ・言語聴覚士		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)		3								
	非常勤(人)		2								
常勤換算後の人数(人)			4.0								
※事業所を兼用する場合のその事業の種類(兼用の場合に記入)				(兼用する場合のみ記入)							
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	12/30-1/3, 8/13-8/15
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00		土曜			日・祝	~		
	備考										
	利用料	法定代理受領分					介護報酬告示上の額				
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額				
	その他の費用	運営規程に定めるとおり									
通常の事業実施地域	①大阪府中央区			②大阪府北区			③		④		⑤
	備考										

備考 1 ※印の欄には、病院及び診療所以外の訪問看護事業所(訪問看護ステーション)の場合のみ記入すること。
2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。

運営規程の記載内容と一致させてください