

(表)

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	(郵便番号 —)												
	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				
管理者	フリガナ						住所・連絡先	(郵便番号 —)						
	氏名													
	生年月日						電話番号				FAX番号			
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)													
	当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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又は施設の職務との兼務		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											
利用者の推定数				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	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・祝	～			
	取り扱う種目 (該当に○)	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	移動用リフトのつり具の部分					/		/				
	販売費用の額	運営規程に定めるとおり												
	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	②		③		④		⑤					
		備考												

備考 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。