付表２

（表）

|  |
| --- |
| 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 | (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） |
| 　 | 当該訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介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 | 　 |
| 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） |
| 従業者 | 　 | 看護師・准看護師 | 介護職員 | 　 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤(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 | ～ |
| 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 | 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 | 　 |
| 　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。　（裏面に続く。） |