

付表 3

(表)

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														
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							
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													
	氏名			住所・連絡先	(郵便番号 —)									
	生年月日				電話番号				FAX番号					
	※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											
		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	専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
	常勤(人)													
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)														
※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)														
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			
	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												

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。(裏面に続く。)