

付表10 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	住所	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
Email						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記入)	名称		事業所番号		
		兼務する職種 及び勤務時間等				
事業開始時の利用者の予定数			人			
従業者の職種・員数		介護支援専門員				
		専従	兼務			
常勤(人)						
非常勤(人)						
営業日						
営業時間						
通常の事業実施地域						

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 当該事業を事業所所在地以外の場所で実施する場合、所在地等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。