

付表11 指定介護予防支援事業所の指定・指定更新に係る記載事項

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)				
	地域包括支援センターの 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			
事業開始時の予定利用者数	人				
従業者の職種・員数	担当職員		その他の職員(事務職員等)		
	専従		兼務		
	専従		兼務		
	常勤(人)		非常勤(人)		
営業日					
営業時間					

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 「担当職員」については、市川市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(平成26年条例第41号)第5条に規定する担当職員の員数を記載してください。