付表１　訪問型サービス（自立援助訪問型サービス）事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　　名				
	生年月日				
	訪問介護員等との業務の有無	（有・無）			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
サービス提供責任者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				

従業者の職種・員数	訪問介護員等	
	専　従	兼　務
常勤（人）		
非常勤（人）		
常勤換算後の人数（人）		
基準上の必要人数（人）		
適合の可否		

主な掲示事項	営業日	
	営業時間	
	利用料	法定代理受領分
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	
添付書類		別添のとおり

備考　１　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
２　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。
３　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
４　出張所等がある場合、所在地、営業時間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。