

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 一) 都 道 市 区 府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX 番号		
		Email					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 一)		
	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)						
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記 入)	兼務先の名 称、所在地				事業所番号	
		兼務先のサービ ス種別、兼務する 職種及び勤務時 間等					
	○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員					
		専 従	兼 務				
常 勤(人)							
非常勤(人)							
事業開始時の利用者の推定数		人					
添付書類		別添のとおり					

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。