|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

（付表）

指定介護予防支援事業所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　　　－　　　　）県　　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定める定款・寄附行為等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 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） |  |
| 兼務する事業所の名称 |  |
| 兼務する勤務時間帯等 |  |
| 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） |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分以外 |  |
| その他の経費 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考⑴　「受付番号」欄には、記入しないでください。

　　⑵　「営業日」欄には、該当する欄に○印を付してください。

　　⑶　「利用料」欄及び「その他の経費」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。

　　⑷　記入欄が不足する場合には、適宜、欄を設けて記入するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　⑸　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別紙に記載してください。また、従業者については、出張所に勤務する職員を含めて記入してください。