

指定夜間対応型訪問介護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 -) 都道 郡市 府県 区						
	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							
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
オペレーションセンターの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
オペレーションセンターの箇所数		箇所						
予定利用者数	人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)							
従業者の職種・人数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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								
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するか、又は別様に記載して書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付書類にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 当該事業を事業所所在地以外の場合（いわゆる出張所）で一部実施する場合、第4号様式に所在地等を記載してください。また、従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載してください。