

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 — ） 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			
	地域包括支援センターにおける他の職務との兼務の有無			有 ・ 無
	兼務する職種 及び勤務時間等			
事業開始時の利用者の推定数		人		
従業者の職種・人数（人）		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				
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、又は別に記載した書類を添付してください。
- 2 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別にして記載してください。また、従事者については、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。
- 3 「担当職員」については、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（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）第 2 条に規定する担当職員の員数を記載してください。