

付表1-2

第1号事業者(自立支援訪問事業)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 - )																								
	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																									
	訪問介護員等との兼務の有無	(有・無)																								
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)	事業所等名称													兼務する職種及び勤務時間等											
訪問事業責任者 ※	フリガナ													住所	(郵便番号 - )											
	氏名																									
	サービス提供責任者等との兼務の有無	(有・無)																								
	フリガナ													住所	(郵便番号 - )											
	氏名																									
サービス提供責任者等との兼務の有無	(有・無)																									
従業者													訪問介護員等													
													専従						兼務							
	常勤(人)																									
非常勤(人)																										
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日																
	営業時間	平日							土曜							日曜・祝日										
		備考																								
	通常の事業実施地域	①	②						③						④						⑤					
備考																										
添付書類	別添のとおり																									

備考 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。  
 ※ 訪問事業責任者の要件は、介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は旧訪問介護員養成研修3級課程修了以上の者