

指定居宅介護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				
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称			
兼務する職種 及び勤務時間等					
従業者の職種・人数(人)		介護支援専門員			
		専従	兼務		
		常勤(人)			
非常勤(人)					
利用者数(新規申請時は推定数)		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 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。