付表１-１　介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型サービスＡ)の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　）　　　　　　　 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （〒　　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 訪問介護員等と兼務する業務の有無 | （ 有 ・ 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 |  |
|  |
| 人員に関する基準の確認に必要な事項 |
| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員等 |  |
| 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |
| 利用者の推定数 | 人 |  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住所 | （〒　　－　　　） |
| 氏名 |  |
| 兼務の有無 | 有　・　無　（兼務する職種　　　　　　　　　　　　　　） |

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、別葉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、営業時間等を別葉にして記載してください。また、従業者については、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　サービス提供責任者が２名以上の場合は、付表1-3 別紙「サービス提供責任者一覧」を提出してください。