

付表2 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

地域包括支援センターの設置年月日		年 月 日			
事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便 - )			
		(ビルの名称等)			
連絡先	電話番号		FAX 番号		
	メールアドレス				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第 条第 項第 号		
管理者	フリガナ	住所	(〒 - )		
	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	無 ・ 有	(有)の場合のみ記入)		
			職種名		
			週当たり時間数		
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				
事業開始時の利用者の推定数		人			
従業者の職種・員数 (人)	担当職員		その他の職員 (事務職員等)		
			専従	兼務	専従
	常勤 (人)				
	非常勤 (人)				
	基準上の必要人数 (人)				
適合の可否					
主な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分以外			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
添付書類	別添のとおり				

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別紙に記載してください。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。
- 5 「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。