

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			事業所番号	
		兼務先のサービス 種別、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(人)		介護支援専門員				
		専 従		兼 務		
		常 勤(人)		非常勤(人)		
事業開始時の利用者の推定数		人				
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。