

付表1 大泉町介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防訪問介護相当サービス）の指定に係る記載事項

											受付番号	
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒 -)										
	電話番号						FAX番号					
当該事業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											
	当該事業において兼務する場合の他の職種											
	同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合			事業所等名称								
			兼務する職種									
サービス提供責任者	フリガナ					住所	(〒 -)					
	氏名											
	フリガナ					住所	(〒 -)					
	氏名											
	フリガナ					住所	(〒 -)					
氏名												
訪問介護員等の員数			専従			兼務			利用者の推定数		人	
常勤（人）												
非常勤（人）												
常勤換算後の人数（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			日曜日・祝日		備考		
		～			～			～				
	利用料	法定代理受領分 各利用者の負担割合に応じた額										
法定代理受領分以外												
その他の費用												
添付書類	別添のとおり											

注1 「受付番号」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別様に記載した書類を添付してください。

3 出張所がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業員については、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。