

付表 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護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 —) 県 郡市									
	連絡先	電 話					ファックス				
Email											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 —)				
	氏 名										
	生年月日										
	事業所内の従業者 との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(職種：)							
	他事業所の従業者 との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業所の名称							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		兼務する職種 及び勤務時間等									
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護 を実施する場合のみ記載)					名称						
					住所		(郵便番号 —)				
○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				オペレーター		看護職員		うち計画作成 責任者	
		定期巡回 サービス		随時訪問 サービス							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)		/		/		/		/		/	
基準上の必要人数(人)											
添付書類		別添のとおり									

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市									
	連絡先	電 話					ファックス				
Email											

備考

- 「基準上の必要人数」欄には、記入しないでください。
- 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様に記載した書類を添付してください。
- 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。