

付表1 夜間対応型訪問介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 都市								
	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									
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無				
オペレーションセンターのか所数				か所						
予定利用者数		人(うち他の市町村の予定利用者数 人)								
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員		
		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	
		常勤(人)								
		非常勤(人)								
基準上の必要人数(人)										
添付書類		別添のとおり								

(夜間対応型訪問介護事業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 都市							
	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。
- 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
- 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。
- 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様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。
- 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。