

付表 指定居宅介護支援事業所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	(郵便番号 — )			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
メールアドレス					
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 — )	
	氏名				
	生年月日				
	当該居宅介護支援事業所で兼務する他の職務(兼務の場合のみ記入)				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)	事業所等名称			
兼務する職種及び勤務時間等					
事業開始時の利用者の予定数			人		
従業者			介護支援専門員		/
			専従	兼務	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
添付書類					

備考

- 「受付番号」欄は、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。