

付表1

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											
E-MAIL																				
当該事業の実施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	(郵便番号 -)												
	氏名																			
	生年月日																			
	介護支援専門員登録番号								交付都道府県											
	当該居宅介護支援事業における介護支援専門員との兼務の有無											有 ・ 無								
	他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	名称																		
		職種																		
		勤務時間																		
事業開始時の利用者の予定数			人																	
従業者		介護支援専門員					基準上の必要人数					適合の可否								
		専従		兼務																
	常勤(人)	人		人			人					可 ・ 否								
非常勤(人)	人		人																	
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間 の休日										
	営業時間	平日	～					土曜	～			日・祝	～							
		サービス提供時間																		
		備考																		
	利用料	法定代理受領分																		
		法定代理受領分以外																		
	その他	その他の費用																		
通常の事業実施地																				
添付書類																				

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、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又は別葉に記載した書類を添付してください。

3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。