

(その2) (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)

										※受付番号						
事業所の一部として使用される事務所	フリガナ															
	名称															
	所在地		(郵便番号 -)													
			(ビルの名称等)													
直通連絡先		直通電話番号								FAX番号						
		E-mail														
事業所の一部として使用される事務所のサービス提供に当たる従業者の職種及び員数			訪 問 介 護 員 等													
			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)													
※ 適 合 の 可 否																
主な 掲 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	時 分から 時 分まで			土曜	時 分から 時 分まで			日曜又は祝日	時 分から 時 分まで				
			(備考)													
	利 用 料		法 定 代 理 受 領 分													
			法 定 代 理 受 領 分 以 外													
その他の費用																
通常 の 事 業 の 実 施 地 域		①			②			③			④		⑤			
		(備考)														

注1 ※印の欄は、記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。