

別記様式第1号付表1-2 訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者の指定に係る審査事項（生活支援型）

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 m a i l						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		生年月日
	氏名					
	当該訪問介護事業所等で兼務する他の職種					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設	事業所等の名称		兼務する職種及びその職種に従事する時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種及び員数		従 事 者				
		専		従 兼		務
利用者の推定数 (人)						
訪問事業責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
添付書類		別添のとおり				

(訪問型サービス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 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
Email						

- 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様に記載した書類を添付してください。
 3 出張所等がある場合、所在地等を下段の表に記載してください。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。