付表２

訪問型サービスＡ事業者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　　　　－　　　　　　）**大阪府**  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 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・連絡先 | （郵便番号　　　　－　　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入） |
|  | 当該事業所内での他の職務との兼務 | 職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間 |  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　　） | 資格 |  |
| 氏　名 |  |
| サービス提供人数 |  | 人 | 前三月の平均値（新規の場合は推定人数を記入） |
| 従　業　者 |  | 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 |  |
| 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 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日・祝 |  | ～ |  |
| 備考　　サービス提供可能な時間（　　　　：　　　　～　　　　：　　　　） |
| 利用料 | 法定代理受領分　　富田林市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額 |
| 法定代理受領分以外　　富田林市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額 |
| その他の費用 | 　　運営規程に定めるとおり |

備考　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。