様式第２号（その１）（第２条、第６条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（訪問介護従前相当）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | |
| 管理者 | ふりがな | |  | | | | | | 住所 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | | | | □有　　　□無 | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | | 名称 |  | | | | | | 事業所番号 | | |  |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 従業者の職種・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） | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 利用者の推定数（人） | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者 | | ふりがな | |  | | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |

（訪問介護従前相当サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス | |  | | |

備考

１　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。

２　管理者の兼務については、添付資料で確認可能な場合は、記載を省略することが可能です。

３　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。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。