様式第２号（その３）（第２条、第６条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（訪問型サービスＡ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 訪問事業  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。

４　訪問事業責任者の要件は、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は市長が定める研修の受講者になります。