

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号	—	)
		都道 府県	市区 町村	
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	Email			
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 — )	
	氏名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		事業所番号
	兼務先のサービス 種別、兼務する職 種及び勤務時間 等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員		
		専従	兼務	
		常勤(人)		
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数				人
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
  - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。