

付表1-2 第1号事業者(予防基準緩和型訪問介護)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 -)																							
	連絡先	電話番号													FAX番号										
管理者	フリガナ													住所	(郵便番号 -)										
	氏名																								
	生年月日																								
	従事者等との兼務の有無												(有・無)												
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)												事業所等名称 兼務する職種及び勤務時間等												
サービス提供責任者 ※	フリガナ													住所	(郵便番号 -)										
	氏名																								
	フリガナ													住所	(郵便番号 -)										
	氏名																								
従業者													一定の研修を修了した無資格者					ヘルパー資格を有する者							
													専従					兼務							
	常勤(人)																								
非常勤(人)																									
主な揭示事項	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	~						日曜・祝日	~								
		備考																							
	その他の費用																								
	通常の実施地域	①	②					③					④					⑤							
備考																									
添付書類	別添のとおり																								

備考 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。
 ※サービス提供責任者の要件は、介護福祉士・介護職員初任者研修修了者