

付表1 夜間対応型訪問介護事業所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 ー) 県 ー 郡市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		Email						
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 ー)
	氏名							
	生年月日							
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
オペレーションセンターの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
オペレーションセンターのか所数		か所						
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)							
非常勤(人)								

(夜間対応型訪問介護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	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 ー) 県 ー 郡市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		Email						

- 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、添付資料にて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、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。