付表 7　定期巡回・随時対応型訪問介護看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　　－　　） 県　　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　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	他事業所の従業者との兼務の有無	□有　□無	事業所の名称		
			兼務する職種及び勤務時間等		
連携する訪問看護事業所（連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載）			名称		
			住所	（郵便番号　　－　　）	

○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				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者	
	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	専従	兼務
常勤（人）										
非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）										
添付書類	別添のとおり									

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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　　－　　） 県　　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、遮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　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。