付表11

指定介護予防支援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						
	当該介護予防支援事業所における保健師等関係職員との兼務の有無					☐ 有 ☐ 無	
	同一敷地内の他の事業所 または施設の従業者との兼務(兼務の 場合記入)		名称				
		兼務する職種 および勤務時間等					
○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)		保健師経験のある 看護師		介護支援専門員		社会福祉士 その他関係職員	
		専従	兼務	専従	兼務	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		人		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するかまた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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 4 当該指定介護予防支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定介護予防支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。