**付表2　訪問入浴介護・介護予防訪問入浴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　　　　－　　　　）  尼崎市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | |
| 当該訪問入浴介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 同一敷地内の他の事業所又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 及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 協力医療  機関 | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | |  | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | |  | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | |  | |
| **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 | | | | | | | | | 看護職員 | | | | 介護職員 | | | |  | | |
|  | 常勤（人） | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 非常勤（人） | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 基準上の必要人員（人） | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 利用者の推定数（人） | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分 介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額 | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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。