**付表12　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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 | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 | | | | | | | 福祉用具専門相談員 | | | | | | | | |  |
| 専従 | | | | 兼務 | | | | |
|  | 常勤（人） | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 非常勤（人） | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | 基準上の必要人員（人） | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 取り扱う種目 | | | □ 腰掛便座　　　　　　　　　　　　　□ スロープ  □ 自動排泄処理装置の交換可能部品　　□ 歩行器  □ 入浴補助用具　　　　　　　　　　　□ 歩行補助つえ  □ 簡易浴槽  □ 移動用リフトのつり具の部分  □ 排泄予測支援機器 | | | | | | | | | | | | |
| 販売費用の額 | | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 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。