

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事 業 所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号	—)	都道府県	市区町村
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
	Email					
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地				事業所番号
兼務先のサービス 種別、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(人)		介護支援専門員				人
		専従		兼務		
		常勤(人)				
		非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数						
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できます。