

(その2) (訪問看護事業・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

※受付番号											
事業所の一部として使用される事務所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
		(ビルの名称等)									
直通連絡先	直通電話番号				FAX番号						
	E-mail										
事業所の一部として使用される事務所のサービス提供に当たる従業者の職種及び員数		保健師		看護師		准看護師		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士			
		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)									/
		※基準上の必要人数(人)									
※適合の可否											
同一事務所において他の事業を行う場合の他の事業名											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	時分から時分まで			土曜	時分から時分まで		日曜又は祝日	時分から時分まで	
		(備考)									
	利用料	法定代理受領分									
法定代理受領分以外											
その他の費用											
通常の事業の実施地域	①	②			③		④		⑤		
	(備考)										

注1 ※印の欄は、記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。