

付表 3 - 1 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

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							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号					
病院、診療所、訪問看護ステーションの別													
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)								
	氏 名				住所								
	生年月日												
	職種及び登録番号												
	当該訪問看護事業所内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	-----						
従業者の職種・員数			看護師		保健師		准看護師		理学・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													
主な 掲 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	~		土曜	~		日・祝	~			
	利用料		法定代理受領分(一割負担分)										
	その他の費用		法定代理受領分以外										
	通常の事業実施地域		備考										
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						
添付書類	別添のとおり												

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 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。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
- 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

- 6 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。
- 7 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。