付表 3－2　訪問看護・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の記載事項

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					
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	～								
		備考													
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）													
		法定代理受領分以外													
	その他の費用														
	通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤									
		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
1「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。
2　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。
3　「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。