

付表9 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

地域包括支援センターの設置年月日		平成 年 月 日										
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 新潟県長岡市										
		----- (ビルの名称等)										
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												
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名						長岡市					
	生年月日	昭和 年 月 日										
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無										有・無	
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称									
		兼務する職種及び勤務時間等	-----									
事業開始時の利用者の推定数						人						
従業者の職種・員数(人)		保健師		介護支援専門員		社会福祉士		看護師		社会福祉主事		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)												
非常勤(人)												
主な揭示事項	営業日											
	営業時間											
	利用料 (法定代理受領分以外)											
	その他の費用											
	通常の事業実施地域											
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 「受付番号」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 「主な揭示事項」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。
 - 4 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。