

指定特定福祉用具販売事業所・指定特定介護予防福祉用具販売事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	F A X 番号	
		電子メールアドレス		
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文				
管理者	フリガナ 氏 名		住 所	
	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）			
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）	名 称		
		介護保険事業所番号		
		兼務する職種及び 勤務時間等		
利用者数（推定数）	人			
従業者の職種・員数	専門相談員			
	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			
	営業時間			
	取り扱う種目			
	販売費用の額			
	その他の費用			
通常の事業の実施地域				

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。