

記載例

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 ●●● - ●●●● ) 浜松市●●区●●町●●●●-●●			
連絡先	電話番号	●●●-●●●-●●●●	FAX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				第●●条第●●項	
管理者	フリガナ	●●● ●●●		住所	
	氏名	●●● ●●●			
	生年月日	●●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）			福祉用具専門相談員	
	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					
主な揭示事項	営業日	●曜日～●曜日			
	営業時間	●●：●●～●●：●●			
	取り扱う種目	厚生労働大臣の定める全種目			
	販売費用の額	添付冊子の通り			
	その他の費用	通常の事業の実施地域を超えた場合 ●●kmあたり●●円			
	通常の事業の実施地域	浜松市●区、●区、●区			

地区名、町名などを記入。  
(客観的にその区域が特定されるもの)  
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 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。