

付表第一号(三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	111111111111							
	フリガナ	シテイホウモンカイゴジキョウシヨ コウカイクサービス							
	名称	指定訪問看護事業所 甲府介護サービス							
	所在地	(郵便番号 400 - 0858) 山梨 県 甲府 市 相生二丁目17番1号							
連絡先	電話番号	055-237-2550 (内線)			FAX番号	055-242-6178			
	Email	kaizohoken@city.kofu.lg.jp							
事業所種別									
管理者	フリガナ	シケン ナデシヨ		住所	(郵便番号 400 - 0034)				
	氏名	信玄 撫子			山梨県甲府市宝二丁目8番19号				
	生年月日	昭和60年8月19日							
	当該訪問看護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				看護職員				
	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 兼務する職種 及び勤務時間等				
利用者の推定数		25 人							
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
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)		2	1			1		1	
非常勤(人)						1			
※常勤換算後の人数(人)		4.1							
添付書類		別添のとおり							

管理者以外に兼務している職種を全て記載してください。

管理者が事業所の従業員と兼務している場合は「常勤兼務」にカウントしてください。

(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)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 市 郡						
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号		
	Email							

サテライト事業所がある場合は記入が必要です。

- 備考
- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 ※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。
 - 3 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。
 - 4 管理者の兼務の状況については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 5 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。