

付表5 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(—)										
連絡先	TEL番号					FAX番号						
	メールアドレス											
登記事項全部証明書目的における当該事業の実施に関する番号												
(病院 診療所 薬局)の別										該当に○を記入		
管理者	フリガナ				住所	(—)						
	氏名											
	生年月日											
利用者数(前3月の平均値又は推定数)					人							
従業者の職種・員数		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士		
常勤(人)												
非常勤(人)												
主な 掲 示 事 項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営業時間											
	サービス提供時間											
	利用料		法定代理受領分									
			法定代理受領分以外									
	その他の費用											
通常の事業実施地域												
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。
 - 4 「歯科衛生士」には、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師、准看護師を含みます。
 - 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。