

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
連絡先	電話番号		FAX番号			
	フリガナ			(〒 -)		
管理者	氏名		住所			
	生年月日					
	地域包括支援センターにおける他の職務との兼務の有無				有・無	
	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)	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	担当職員		その他の職員 (事務職員等)			
					専従	兼務
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
主な 掲 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

- 「受付番号」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。
- 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別様にして記入してください。また、従業者については、この様式に出張所に勤務する職員も含めて記入してください。
- 「担当職員」欄については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第2条に規定する担当職員の員数を記入してください。
- 「主な掲示事項」欄については、記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。