付表3－1　　訪問看護・介護予防訪問看護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 | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | | |  | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院、診療所、訪問看護ステーションの別 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | |
| ※職種及び登録番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種  （兼務の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 看護師 | | | | | 保健師 | | | | | | 准看護師 | | | | 理学療法士 | | | | 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 | 専従 | 兼務 | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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｣、｢基準上の必要人数｣及び｢適合の可否｣欄は､記載しないでください。

2　※欄は､訪問看護ステーションの場合にのみ記載してください。

3 ｢当該訪問看護事業所で兼務する他の職種｣及び｢同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務｣欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。

4 ｢主な掲示事項｣欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。

5　記載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。

6　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、介護保険法第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、この申請の必要はありません。

　　 7　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様に記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。