

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ 名 称	サセボジギョウシヨ 佐世保事業所							指定書に記載される（されている）正式な事業所名を記入
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号							マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入
	連絡先	電話番号	0956-12-3456		FAX	0956-45-6789		法人のメールアドレスを記入	
	E-Mail	sasebo@jigyosyo.co.jp							
管理者	フリガナ 氏 名	サセボ ジロウ 佐世保 次郎		生年月日	1986 年 8 月 20 日			当事業所で兼務する場合は、記入 他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入	
	住 所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	高砂事業所						
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者として、週2・3日程度、8時間勤務						
サービス責任者管理	フリガナ 氏 名	シドウ カンサ 指導 監査		生年月日	1995 年 2 月 22 日			サービス提供責任者を記入。複数設置する場合は、2ページ目以降に記入	
	住 所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町230番地30							
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等								第3条 第1項 第1号
〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
利用定員(人)	20		利用者の推定数(人)			18.0			運営規程と一致させること
営業日(該当する日に〇)	日	月	火	水	木	金	土	祝	運営規程と一致させること
	○		○	○	○	○	○		
営業時間	その他(年末年始等)		12/29～1/3は休業日						
	平日	8	:	30	～	17	:	15	運営規程と一致させること
	土曜	8	:	30	～	17	:	15	
利用料	運営規程に定めるとおり								運営規程と一致させること
その他の費用	運営規程に定めるとおり								
通常の実施地域	佐世保市、佐々町(ただし、離島を除く)								
設備	多目的室(ダイルーム)の有無(いずれかに〇)					有	○	無	

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				