

別紙1（その2）（第1号訪問事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

※受付番号 <input style="width: 150px;" type="text"/>															
事業所の一部 として使用 される事務所	フリガナ														
	名称														
	所在地		(郵便番号 -)												
			(ビルの名称等)												
連絡先		電話番号				FAX番号									
事業所の一部として使用される 事務所のサービス提供に当 たる従業者の職種及び員数			訪問介護員等又は従事者												
			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 揭示 事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休 日				
	営業時間		平日	時 分から 時 分まで				土曜	時 分から 時 分まで		日曜又は祝日	時 分から 時 分まで			
			(備考)												
	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 の実施地域		①	②			③			④		⑤				
		(備考)													

注 ※印の欄は、記入しないでください。