

付表第二号（十一） 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号	
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号 - )	
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記 入)	兼務先の名 称、所在地			事業所番号
兼務先のサービ ス種別、兼務する職 種及び勤務時間等					
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数（人）		介護支援専門員			
		専 従	兼 務		
		常 勤（人）			
		非 常 勤（人）			
事業開始時の利用者の推定数		人			
添付書類		別添のとおり			

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。  
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。