|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 | 　　□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（兼務の場合のみ記入） | 名称 |  |
| 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 | 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 |

**付表１０　指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項**

備考　１　記入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。

　　　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省略することが可能です。