付表５

通所型サービスＣ事業者の指定等に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）  　　　　　県　　　郡市 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 理学療法士 | | | 作業療法士 | | | 保健師 | | | 看護師又は准看護師 | |
| 専　従 | | 兼　務 | 専　従 | 兼　務 | | 専　従 | | 兼　務 | 専　従 | 兼　務 |
|  | 常勤（人） | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 非常勤（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 | | | | | | | | | | |

（注）

１　「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」欄は、記入しないでください。

２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、または別葉に記載した書類を添付してください。

３　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

４　出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別葉にして記載してください。また、従業者については、この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。