付表７　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |  | | | | |
| Email | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 管　　理　　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　-　　　　) | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | | | | | □有　　□無 | | | | | 事業所の名称 | | | | |  | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 連携する訪問看護事業所  (連携型定期巡回・随時対応型訪問課介護看護を実施する場合のみ記載) | | | | | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | | (郵便番号　　　　-　　　　) | | | | | | | |
| 〇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 | | | | | 医　師 | | | | 生活相談員 | | | | オペレーター | | | | | 看護職員 | | うち計画作成責任者 | |
| 定期巡回  サービス | | | | 随時訪問  サービス | | | |
| 専従 | | | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | 専従 | | 兼務 | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤(人) | | | |  | | |  |  |  | | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 非常勤(人) | | | |  | | |  |  |  | | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数(人) | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(定期巡回・随時対応型訪問課介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| Email |  | | |