付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>法人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）
都　道　　市　区
府　県　　町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（内線）</td><td>FAX 番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td colspan="2" rowspan="3">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無</td><td colspan="3">□有　□無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)</td><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種
及び勤務時間等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="7">○人員に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">従業者の職種・員数(人)</td><td colspan="2">担当職員</td><td colspan="3" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>専従</td><td>兼務</td></tr>
<tr><td>常　勤(人)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">非常勤(人)</td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事業開始時の利用者の推定数</td><td colspan="4">人</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類</td><td colspan="5">別添のとおり</td></tr>
</table>

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次頁の記入欄不足時の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記載を省略することが可能です。