付表12

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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　　　　　―　　　)  京都府　　　　　　　　郡 ・ 市 | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 |  |
| メールアドレス | |  | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ |  | | | | 住　所 | (郵便番号　　―　　　) | | |
| 氏名 |  | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | | | | | |  | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入) | | 名　　　　　　称 | | | |  | | |
| 兼務する職種及び  勤務時間等 | | | |  | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 専門相談員 | | | |  | | |
| 専　　従 | | 兼　　務 | |
|  | 常勤(人) | | |  | |  | |
| 非常勤(人) | | |  | |  | |
| 常勤換算後の人数(人) | | |  | | | |
| ＊ | 基準上の必要人数(人) | | |  | | | |
| ＊ | 適合の可否 | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | |
| 取り扱う種目 | | |  | | | | | | |
| 販売費用の額 | | |  | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別記のとおり | | | | | | |

注1　＊の付いている「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

　2　記入欄が不足する場合は、別に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。

　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　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。