付表第二号（二）　夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道 府　県 市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種 （兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 （兼務の場合に記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、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									
オペレーションセンターの有無		□有　□無							
オペレーションセンターの設置数		か所							
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		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
	常　勤（人）								
	非常勤（人）								

（夜間対応型訪問介護事業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　　－　　） 都　道 府　県 市　区 町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

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。
3　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考）　夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

（夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）
都　道
府　県　　市　区
町　村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td>（内線）</td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>