

付表第一号(十四) 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 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 _____ (内線) _____	FAX 番号 _____		
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(兼務の場合のみ記入)	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				
販売種目					
利用者の推定数		人			
○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	専 従		専 門 相 談 員		
			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				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。  
 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 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。