

付表第一号（五） 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導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				
	Email											
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局										
居宅療養管理指導の種類		<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士										
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)				
	氏名											
	生年月日											
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		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士		
		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)											
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 病院、診療所又は薬局が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。