

() 訪問入浴介護
 () 介護予防訪問入浴介護
 に係る記載事項

管理者	(フリガナ) 氏名			(フリガナ) 住所	(郵便番号 -)						
	生年月日										
	当該事業所で兼務する場合			兼務する職務							
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合			事業所、施設等の名称							
			兼務する職務及び勤務時間等								
事業開始時の利用者の推定数			人								
従業者	区 分		看護職員		介護職員						
			専従	兼務	専従	兼務					
	常 勤	(人)									
	非 常 勤	(人)									
	※基準上の必要人数		(人)								
※適合の可否											
主な 掲 示 事 項	営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その 他 年 間 の 休 日	
	営 業 時 間	平日	～		土曜	～		日曜日・祝日	～		
	利 用 料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
	そ の 他 の 費 用										
	通 常 の 事 業 の 実 施 地 域	①	②		③		④		⑤		
協 力 医 療 機 関	名 称			診療科名							
	名 称			診療科名							
	名 称			診療科名							

注 ※欄は記入しないこと。