付表５

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に係る記載事項

受付番号	

事業所	ふりがな																
	名　称																
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡 市															
	連絡先	電話番号								FAX番号							
		メールアドレス															
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第　　条 第　　項 第　　号															
病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションの別																	
提供する居宅療養管理指導の種類		医師の居宅療養管理指導				歯科医師の居宅療養管理指導				薬剤師の居宅療養管理指導				看護職員の居宅療養管理指導			
管理者	ふりがな				住所	（郵便番号　　－　　）											
	氏　名																
	生年月日																
従業者		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士等		管理栄養士		看護職員					
	常勤（人）																
	非常勤（人）																
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・祝日		～					
		備考															
	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																
添付書類		別添のとおり															

備考　1「受付番号」は、記入しないでください。
2 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「歯科衛生士等」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。