付表3　訪問看護・介護予防訪問看護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			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等		第　　条 第　　項 第　　号			
病院、診療所、訪問看護ステーションの別					
管理者	ふりがな		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	※職種		※登録番号		
	※当該事業所内で兼務する他の職種（兼務の場合記入）				
	※兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合記入）	事業所等名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			

従業者	看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）								
基準上の必要人数（人）								
適合の可否								

事業所を兼用する事業名（兼用の場合）															
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														
	通常の事業実施地域	①		②		③		④		⑤					
		備考													
添付書類		別添のとおり													

備考
1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、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 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
なお、法第71条第1項の規定に基づき別段の申出をした者が新たに訪問看護事業を行うために指定の申請をする場合及び法第115条の10の規定に基づき別段の申出をした者が新たに介護予防訪問看護事業を行うために指定の申請を場合は、本様式に準ずるものとします。
5 保険医療機関である病院及び診療所が行うものについては、法第71条第1項及び法第115条の10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。
6 本事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、その事務所の名称及び所在地について、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にして記載した書類を添付してください。