

付表第一号(十三) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与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								
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)									
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)			名称						
				兼務する職種 及び勤務時間等		-----				
貸与種目										
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										
従業員の職種・員数				専門相談員						
				専 従					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するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
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 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く)」、「自動排泄処理装置」を記入してください。