

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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) 一 都道府県		市 区 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) 一)			
	氏 名			住所			
	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					
販売種目							
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							
従業者の職種・員数	専門相談員						
	専 徒		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別様に記載した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 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部品」、「排泄予測支援機器」を記入してください。