

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

記載例

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--------------|--------------------|---------------|------|----|----------------|----|
| 事業所 | フリガナ | ホウモンカンゴトキギケンチャウ | | | | | | | |
| | 名称 | 訪問看護栃木県庁 | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 320 - 8501) 栃木 県 宇都宮 郡市 埴田1-1-20 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 028-623-3149 | FAX番号 | 028-623-3058 | | | | |
| | Email | kaigohoken@pref.tochigi.lg.jp | | | | | | | |
| 事業所種別 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | トキギ タロウ | 住所 | (郵便番号 320 - 9999) | | | | | |
| | 氏名 | 栃木 太郎 | | 宇都宮市埴田町999番地99 | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和55年5月15日 | | | | | | | |
| | ※当該訪問看護事業所内で兼務する他の職種 (兼務の場合記入) | | | | | | | | |
| | 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | 名称 | テイサービス栃木県庁 | | 兼務する職種及び勤務時間等 | 管理者 | | | |
| 利用者の推定数 | 30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 | | 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) | | 2 | | | | | | 1 | |
| 非常勤(人) | | | | | | 1 | | | |
| ※常勤換算後の人数(人) | | 25 | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | |

(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-------------------|--|-------|--|--|--|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | | | |
| | Email | | | | | | | |

- 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 ※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。
- 3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第 71条第 1項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。
- 4 管理者の兼務については、添付資料にて確認できる場合は記載を省略することができます。
- 5 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。