付表3-1

　訪問看護・介護予防訪問看護事業所の登録に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、訪問看護ステーションの別 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | |
| 職種 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 登録番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 当該訪問看護事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がる場合のみ記入) | | | | | | | | | | 事業所又は施設の名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 常勤換算後の人数 | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 適合の可否 | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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・祝 | | | |  | ～ | |  | |
| 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　「基準上の必要人員」「適合の可否」欄は、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　保険医療機関又は特定承認保健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｡

　　　5　当該登録居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該登録居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。