

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 一) 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 一)
	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)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
兼務先のサービス種別、 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					
従業者の職種・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機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く。）」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。