

付表 訪問入浴サービス事業者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	-					
管理者	フリガナ				住所	郵便番号 ()									
	氏名					都	道	郡	市	府	県	市			
	当該訪問入浴介護事業所内での他の職務との兼務 (兼務がある場合のみ記入)	職 種													
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務状況 (兼務がある場合のみ記入)	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類													
従業者	職種・勤務形態		看護師・准看護師				介護職員								
	常勤・非常勤の別		専	従	兼	務	専	従	兼	務					
	常	勤 (人)													
	非	常 勤 (人)													
協力医療機関	名称						診療科名								
	名称						診療科名								
	名称						診療科名								
主な 掲 示 事 項	営 業 日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備
	営 業 時 間	平 日	時 分		～	時 分		・ 24時間							
		土 曜	時 分		～	時 分		・ 24時間							
		日・祝日	時 分		～	時 分		・ 24時間							
	サ ー ビ ス 提 供 日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備
	サ ー ビ ス 提 供 時 間	時 分		～	時 分		・ 24時								
	通常の事業の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)	備考								
そ の 他	苦情解決の措置概要	窓 口						電 話	-						
	担 当 者														