

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 | | | | 住所 | 都府 | 道 | 郡 | 市 | | | |
| | サービス提供責任者等との兼務の有無及び職種 | | | | | 有・無 | 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の兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |
| サービス提供責任者 | 1 | フリガナ | | | | 住所 | 郵便番号 () | | | | | 資格 |
| | 氏名 | | | | 住所 | 都府 | 道 | 郡 | 市 | | | |
| | 2 | フリガナ | | | | 住所 | 郵便番号 () | | | | | 資格 |
| 氏名 | | | | 住所 | 都府 | 道 | 郡 | 市 | | | | |
| 3 | フリガナ | | | | 住所 | 郵便番号 () | | | | | 資格 | |
| 氏名 | | | | 住所 | 都府 | 道 | 郡 | 市 | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | 休業日 | 年末年始 夏季 その他 | 備考 |
| | 営業時間 | 平日 | 時分 | | ～ | 時分 | ・ | | 24時間 | | | |
| | | 土曜日 | 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 | 休業日 | 年末年始 夏季 その他 | 備考 |
| | 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 | | 窓口担当者 | | 電話 | | - | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |