

付表12

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	ふりがな											
	名称											
	所在地	(郵便番号 —)										
		県	郡	市								
連絡先	電話番号						FAX番号					
	メールアドレス											
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					
管理者	ふりがな				住所	(郵便番号 —)						
	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)											
兼務する同一敷地内の		事業所等名称										
他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)		兼務する職種 及び勤務時間等										
従業者			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)											
	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										
	取り扱う種目											
	販売費用の額											
	その他の費用											
通常の事業実施地域	①	②	③	④	⑤	/						
	備考											
添付資料	別添のとおり											

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「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 なお、「専門相談員」のうち、都道府県知事が同等以上の講習を受けたと認める者に当たる者がいる場合には、当該者については、「講習会のカリキュラムと修了を証する書類の写し」を添付してください。