

付表 10

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	○×カイゴサービス										
	名称	○×介護サービス										
	所在地	(郵便番号 540-XXXX) 大阪府中央区〇〇町一丁目〇番〇号□ビル5階 (ビルの場合は、名称、部屋番号を記入)										
	連絡先	電話番号	××-××××-××××			FAX番号	××-××××-××××					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文					第××条第×項第×号							
管理者	フリガナ	○△ ×□		住所・連絡先	(郵便番号 540-XXXX) 管理者の自宅を記入 大阪府中央区〇〇町一丁目〇番〇号							
	氏名	○△ ×□			電話番号	00-0000-0000		FAX番号	00-0000-0000			
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生		他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)								
	当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所内での他の職務との兼務		職種									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		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		(福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与の管理者兼務する場合) ○×介護サービス ①福祉用具貸与、②介護予防福祉用具貸与 ①~②管理者 (9:00-18:00) 8時間勤務/日							
利用者の推定数			30人			(前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)						
従業員	専任相談員		専任		兼務		管理者、その他職員は除くこと。					
			常勤(人)		2							
	非常勤(人)		0									
	常勤換算後の人数(人)		2.0									
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	12/30-1/3, 8/13-8/15	
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00			土曜	~		日・祝	~		
		備考										
	取り扱う種目(該当に○)	腰掛便座	○		自動排泄処理装置の交換可能部品			○		排泄予測支援機器	○	
		入浴補助用具	○		簡易浴槽			○		移動用リフトのつり具の部分	○	
	販売費用の額	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
通常の事業実施地域	①中央区			②北区			③淀川区		④		⑤	
	備考		運営規程の記載内容と一致させてください									

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。