

() 特定福祉用具販売
 () 特定介護予防福祉用具販売 に係る記載事項

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------|---------------|---------------------|-----------|----------|---|--------|---|--------------------|--|--|--|
| 管理者 | (フリガナ) 氏名 | | | (フリガナ) 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 当該事業所で兼務する場合 | | | 兼務する職務 | | | | | | | | | |
| | 同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | | | 事業所、施設等の名称 | | | | | | | | | |
| | | | 兼務する職務及び勤務時間等 | | | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 従業者 | 区 分 | | 福祉用具専門相談員 | | / | | | | | | | | |
| | | | 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 | ～ | | 日曜日・祝日 | ～ | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | 取 扱 う 種 目 | 腰掛便座 | | 自動排泄処理装置の 交換可能部品 | | 入浴補助用具 | | | | | | | |
| | | 簡易浴槽 | | 移動用リフトのつり具の部分 | | 排泄予測支援機器 | | | | | | | |
| | 利 用 料 | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | |
| | そ の 他 の 費 用 | | | | | | | | | | | | |
| | 通 常 の 事 業 の 実 施 地 域 | ① | ② | | ③ | | ④ | | ⑤ | | | | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | | |

注 ※欄は記入しないこと。