

付表 4-1 訪問Cサービス事業所の届出に係る記載事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 ー) 長野県 ー 郡市					

連絡先	電話番号			FAX 番号			
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
病院、診療所又は介護老人保健施設の別							
従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士				
	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤(人)						
	非常勤(人)						
主な事項	営業日						
	営業時間						
	利用料	604 円					
	その他の費用						
添付書類	別添のとおり						

- 備考 1 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。
 2 「主な事項」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。
 3 当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該訪問Cサービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。