

記入例

(参考様式 8-1)

事業所所在地以外の場所で事業の一部を実施する場合の記載事項

(訪問介護・訪問看護・訪問リハビリテーション)

一部 実施 事務 所	ふりがな	ほうもんかngoすてーしょんやまぐちみなみさてらいと					
	名称	訪問看護ステーションやまぐち南サテライト					
	所在地	(郵便番号 753-0000) 山口市南町0-0					
	連絡先	電話番号	083-933-0000		FAX番号	083-933-0000	
従業者の職種・員数		訪問介護員		訪問看護職員			
(訪問介護・訪問看護)		専従	兼務	保健師	看護師	准看護師	理学療法士等
常勤(人)					1		
非常勤(人)						1	
サービス 提供責任者 (訪問介護)	ふりがな			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
(訪問リハビリテーション)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)							
非常勤(人)							
備考							

- (注) 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葉に記載した書類を添付してください。
 2 一部実施事務所に関する「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」を添付してください。
 3 本体事業所と当該事業所(サテライト事業所)が一体的に運用されることがわかる書類(事業所全体の組織図、連絡体制等)を作成し、添付してください。