

【居宅介護支援事業所】（改訂版）

記入日 H 年 月 日

ホームページへの告示が不可の場合チェックしてください / 不可

事業所名			代表者名					
住所								
TEL				FAX				
ホームページ								
相談窓口	担当者							
	対応しやすい時間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> __曜日・時間帯（ ~ ）						
対応地域	<input type="checkbox"/> 名護 <input type="checkbox"/> 本部町 <input type="checkbox"/> 今帰仁村 <input type="checkbox"/> 大宜味村 <input type="checkbox"/> 東村 <input type="checkbox"/> 国頭村 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）							
営業時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日
男性スタッフ 対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			特定事業所加算 算定の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
外国語対応	<input type="checkbox"/> 可（ ） <input type="checkbox"/> 不可							
併設・関連機関								
事業所アピール								
備考								

FAX送付先： **0980-43-6770** （やんばる在宅医療介護連携支援センター）