|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第2号（第2条関係） | 受付番号 | 　 |

地域包括支援センターの届出に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ名称 | 　 |
| 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス |  |
| 設置予定年月日 | 　 | 担当する区域 | 　 |
| 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 職員の職種・員数(人) | 保健師等 | 社会福祉士等 | 主任介護支援専門員等 | 介護支援員(指定介護予防支援事業所) | その他の職員(事務職員等) |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |
| 非常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |