

【記載例】

【実施申込書】R7短期集中予防支援訪問

令和 年 月 日

広島市長

契約者の「法人名（事業所名）」「所在地」「代表者（職名・氏名）」を記載してください。

法人名
(事業所名) 医療法人〇〇
所在地 広島市〇区〇〇
代表者 職名 理事長
氏名 〇〇 〇〇



令和7年度短期集中予防支援訪問サービス業務を受託し、以下のとおり実施したいので、必要書類を添えて委託要件の確認を依頼します。

1 申込区分(該当する)

- 継続 (令和6年度)
- 新規

原則、令和7年4月～10月までの偶数月の1日付の契約となります。

2 実施事業所について(下表を御記入ください。)

1 契約締結希望日	令和 年 月
2 事業所の名称	訪問看護ステーション〇〇
3 事業所の所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 広島市〇区〇〇
4 事業所の種別	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 ()
5 派遣する専門職の職種	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
6 利用定員	2 人
7 実施予定日	曜日 月～金
	時間 9:00～17:00
8 訪問の範囲	派遺可能な曜日と時間帯を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 中区 (詳細:)) <input checked="" type="checkbox"/> 東区 (詳細:)) <input checked="" type="checkbox"/> 南区 (詳細:〇〇、〇〇、〇〇圏域のみ)) <input checked="" type="checkbox"/> 西区 (詳細:〇〇小学校区は除く)) <input type="checkbox"/> 安佐南区 (詳細:)) <input type="checkbox"/> 安佐北区 (詳細:)) <input type="checkbox"/> 安芸区 (詳細:)) <input type="checkbox"/> 佐伯区 (詳細:))
9 従事予定者	別紙「短期集中予防支援訪問サービス従事予定者」のとおり
10 連絡先 (契約に関することについての連絡先を御記入ください。)	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 広島市〇区〇〇
	事業所名 訪問看護ステーション〇〇
	電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号 〇〇〇-〇〇〇〇
	e-mail@hiroshima.co.jp

指定事業者の場合は、指定を受けた事業所名を記載してください。

「その他」を選択した場合は具体的に記載してください。

同日同時帯にサービス提供が可能な人数を記載してください。

契約に関する連絡先を記載してください。

【記載例】

【実施申込書】R7短期集中予防支援訪問

別紙 短期集中予防支援訪問サービス従事予定者(資格証の写しを添付してください。)

氏 名	職 種
〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士

※必要に応じて行を追加してください。