付表２　通所型サービス（第１号通所事業）事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | | |
| 当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | | | 単位 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 同時に介護予防通所型サービス（及び一体的に実施する（介護予防）通所介護）の提供を受けることができる利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| １単位目 | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | 介護職員 | | | 機能訓練指導員 | | |  |
| 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | 専従 | | 兼務 |
|  | | 常勤（人） | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |
| 非常勤（人） | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |
| 主な掲示事項 | | 営業日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

１　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付してください。

付表２（続紙）通所型サービス（第１号通所事業）事業所の指定に係る記載事項（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| ２単位目 | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | ㎡ | | | |  | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | 生活相談員 | | 看護職員 | | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | |  | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | |  | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | |  | | | | | | | | | |
| ３単位目 | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | ㎡ | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | 生活相談員 | | 看護職員 | | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | |  | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | |  | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | ：　　　～　　　： | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | 運営規程のとおり | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | |  | | | | | | | | | |