付表２

第１号通所事業（通所介護・通所型サービスＡ）事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | ※受付番号 |  |
| 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 | 　 |
| メール |  |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | (郵便番号　　　－　　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | 事業所等名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
|
| 従業者の職種・員数（単位別） | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ※基準上の必要人数(人) | 　 |
| ※適合の可否 | 　 |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ※基準上の必要数値 | ※適合の可否 |
| 　 | ㎡ | ㎡以上 | 　 |
| 主な掲示事項 | 利用定員 | 人 | 　 |
| 営業日 | 　 |
| 営業時間 |  |
| 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 | 　 |
| 通常の事業実施地域 |  |

（第１号通所事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| メール |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ※基準上の必要数値 | ※適合の可否 |
| 　 | ㎡ | ㎡以上 | 　 |
| 主な掲示事項 | 利用定員 | 人 | 　 |
| 営業日 | 　 |
| 営業時間 |  |
| 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 | 　 |
| 通常の事業実施地域 |  |

注　１　※印の欄には，記入しないこと。

２　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様に記載した書類を添

　　付すること。

３　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。