付表２

（表）

通所型サービス事業所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 |  |
| 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 |  |
|  |
| １単位目 | （食堂と機能訓練室が同一の場合） | （食堂と機能訓練室が別の場合） |
| 食堂兼機能訓練室の面積 | ㎡ | 機能訓練室の面積 | ㎡ |
| 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 | 　　　　：　　　～　　　：　　　（送迎時間を除く。） |
| 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 |  |
| 通常の事業の実施地域 |  |