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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |