付表２　第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 年　月　日 | | | | |
| 当該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（兼務の場合記入） | | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 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） | | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  |  |  |
| 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 | 営業日 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

　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に記載した資料を添付してください。

　３　「主な掲示事項」は、本欄の記載を省略し、別に資料を添付して差し支えありません。