（付表２）

第1号通所型サービス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 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Emailアドレス |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住　所 | （〒　　　－　　　　） |
| 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 |  |
| 実施単位数　　　　　　　単位 | 同時に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 |
| 単位別従業者 |  | 生活相談員 | 看護職員 | 従事者又は介護職員 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（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 | 定員 | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の年間休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法廷代理受領分 |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の経費 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　⑴　「受付番号」「基準上の必要人員」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

　　　⑵　「営業日」欄は、該当する欄に○を付してください。

　　　⑶　「利用料」欄及び「その他の経費」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。

　　　⑷　記入欄が不足する場合には、適宜、欄を設けて記入するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　⑸　出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別紙に記載してください。また、従業者については、出張所に勤務する職員を含めて記入してください。