付表１－２　総合事業通所介護事業所の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | ふりがな |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 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 | ふりがな |  | 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 |  |
|  |
| 単位別（　　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 | 運営規程のとおり |
| 通常の事業の実施地域 |  |

備考

　１　「受付番号」欄には、記入しないでください。

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