

付表 2 2

地域密着型通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項

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							
	Email														
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)							
	氏名														
	生年月日														
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)														
	当該通所介護・介護予防通所サービス事業所内での他の職務との兼務		職	種											
同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間													
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			
単位ごとの状況		1単位目			2単位目								合計		
定員		人			人								人		
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²			m ²								m ²		
一般型・療養型の別		一般型・療養型			一般型・療養型										
単位別情報 (1単位目)	※2単位目以降は、別紙に記載し、添付すること														
	従業者	生活相談員	看護職員		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)													
	非常勤(人)														
	定員	人			食堂及び機能訓練室の合計面積					m ²					
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日	～				土曜	～				日・祝	～		
	送迎を除くサービス提供時間		: ～ : (時間 分)												
協力医療機関 (療養型のみ)	名称						診療科名								
	名称						診療科名								
	名称						診療科名								
宿泊サービスの有無		有り ・ 無し													

備考 1 2単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。

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書類を添付すること。

【記載例】

付表 22

地域密着型通所介護・介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項【記入例】

事業所	フリガナ	マルバツカイゴサービス									
	名称	〇×介護サービス									
	所在地	(郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区〇〇町四丁5番6号									
	連絡先	電話番号	072-×××-××××				FAX番号	072-×××-××××			
	Email	〇〇@sakai.jp									
管理者	フリガナ	サカイ ハナコ		住所	(郵便番号 5×× -××××)						
	氏名	堺 花子			堺市〇区××町六丁10番11号						
	生年月日	昭和△年△月△日									
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)										
	当該通所介護・介護予防通所サービス事業所内での他の職務との兼務		職務		兼務の場合のみ記載。						
同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間									
実施単位数	2 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						15 人			
単位ごとの状況		1 単位目		2 単位目				合計			
定員		15 人		15 人				15 人			
食堂及び機能訓練室の合計面積		50 m ²		50 m ²				50 m ²			
一般型		一般型		一般型							
単位別情報 (1 単位目)	勤務形態一覧表の「勤務形態」欄と一致するように記載してください。										
	兼務職員		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員		
	兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従
	1		2		1						
	非常勤(人)		1		2						
定員		15 人		食堂及び機能訓練室の合計面積		50 m ²					
営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 12/30~1/3 の休日	
営業時間		平日	9:00 ~ 17:00			土曜		日・祝		~	
送迎を除くサービス提供時間		9:00 ~16:30 (7 時間 30 分)、延長体制 8:00~9:00、16:30~18:00									
協力医療機関 (療養型のみ)	名称					診療科名					
	名称					診療科名					
	名称					診療科名					

- 備考 1 2 単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。
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書類を添付すること。