付表２　「通所介護相当サービス」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 |  | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
|  | 常勤（人） | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  |
| 非常勤（人） | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | |  | |
| 営業時間 | | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。）  （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | 人（単位ごとの定員①　　人　②　　人　③　　人） | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | |

備考　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様に記載した書類を　　添付してください。