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。