付表2　介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスＡ事業所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 |  |
| E-mail |  |
| 　管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 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（※通所型サービスＡは、生活相談員、看護職員、介護職員の別は不要） |
| 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 | 従業者（通所型サービスＡのみ） |
|  | 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 | 　　　　　　　　　㎡ |
| 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 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 |

(通所型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| E-mail |  |
| ○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 | 　　　　　　　　　㎡ |
| 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 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＞１ 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。

２　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。