**付表２　通所型サービスの指定に係る記載事項（１／２）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所** | **フリガナ** | |  | | | | | | | | | | | |
| **名称** | |  | | | | | | | | | | | |
| **所在地** | | (〒　　　－　　　　)  　　　　　　県 | | | | | | | | | | | |
| **連絡先** | | **電話番号** |  | | | | | | **FAX番号** | | |  | |
| **メールアドレス** | | |  | | | | | | | | | | |
| **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** | **フリガナ** |  | | | | | **住所** | | (〒　　　－　　　　)  　　　　　県 | | | | | |
| **氏名** |  | | | | |
| **生年月日** |  | | | | |
| **当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)** | | | | | | | | | | |  | | |
| **兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設**  **(兼務の場合記入)** | | | | **名称** | | |  | | | | | | |
| **兼務する職種** | | |  | | | | | | |
| **勤務時間等** | | |  | | | | | | |
| **実施単位数** | | | | |  | | | 単位 | | | |  | | |
| **同時に通所介護の提供を受けることが出来る利用者の上限** | | | | | | | | | | | | |  | 人 |
| **主な掲示事項** | **営業日**(年間の休日も記載) | | | | |  | | | | | | | | |
| **営業時間** | | | | |  | | | | | | | | |
| **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** | | | | |  | | | | | | | | |
| **通常の事業の実施地域** | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **宿泊サービス提供** | 有　・　無 | **土・日・祝日サービス提供** | 有　・　無 |
| 土　・　日　・　祝 | |

**付表２　通所型サービスの指定に係る記載事項（２／２）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１単位目** | **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** |  | |  |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| **非常勤** |  | |  |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| **主な掲示事項** | **利用定員** | |  | | 名 | |  | | | | | | | | | |
| **サービス提供日** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **サービス提供時間**  (送迎時間を除く) | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| **食堂及び機能訓練室の合計面積** | | | | |  | | | ㎡ | **専用の部屋の面積** | | | |  | | ㎡ |
| **２単位目** | **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** |  | |  |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| **非常勤** |  | |  |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| **主な掲示事項** | **利用定員** | |  | | 名 | |  | | | | | | | | | |
| **サービス提供日** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **サービス提供時間**  (送迎時間を除く) | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| **食堂及び機能訓練室の合計面積** | | | | |  | | | ㎡ | **専用の部屋の面積** | | | |  | | ㎡ |

備考

1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。

2　｢営業日｣欄には、事業所の営業日及び年間の休日を、｢営業時間｣には当該事業所の営業している時間を記載してください。

3　｢宿泊サービス提供｣｢土日祝日サービス提供｣は有無に○をつけ、｢土・日・祝｣はサービス提供を行う日に○をつけてください。

4　｢従業者の職種・員数｣欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。

5　｢サービス提供日｣には当該単位でのサービス提供日を、｢サービス提供時間｣には送迎時間を除いたサービス提供時間を記載してください。

6　出張所がある場合は付表６－２を添付してください。

7　記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。