付表９　地域密着型通所介護(療養通所介護)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 |  |
| 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 |  |
|  |
| 〇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) |  |  |  |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 |
| 食堂および機能訓練室の面積合計 | 　　　　　　㎡ |  |
| 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 |

（地域密着型通所介護事業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 |  |
| Email |  |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 |
| 食堂およ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 | 平面図 |