

付表9 地域密着型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	(〒 - )										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
管理者	フリガナ				住所	(〒 - )						
	氏名											
	生年月日											
	申請に係る事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。）											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。）		事業所又は施設の名称									
		兼務する職種及び勤務時間										
実施単位数	単位			同時に地域密着型通所介護（介護予防通所介護、第一号通所事業）の提供を受けることができる利用者の数の上限（18人以下）						人		
単位①	単位当たりの従業者の職種・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（人）										
		非常勤（人）										
		基準上の必要員数（人）	※		※	※	※	※				
	適否	※		※	※	※	※					
	定員	人										
営業日					備考							
営業時間	備考											
	サービス提供時間											
食堂及び機能訓練室の合計床面積					基準上の必要数値			適否				
		㎡			※			㎡以上 ※				
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日		
	営業時間	備考										
		サービス提供時間										
	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												
	備考											
添付書類	別添のとおり											