**付表２**

**第一号通所介護事業（通所介護・通所型サービスＡ）事業者の指定に係る記載事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 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 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 当該通所介護事業所内で兼務する他の職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合 | 名称・サービス |  |
| 従事する職種及び勤務時間等 |  |
| 従業者の職種・員数 | 生活相談員 | 介護職員 | 看護職員 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日及び休日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　人 |
| 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 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |

備考　　1　「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。

3　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。