

付表2 通所型サービス事業所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 -) (ビルの名称等)									
	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										
	生年月日										
	事業所内の従業者との兼務の有無	有・無		(職種:)							
	他事業所の従業者との兼務の有無	有・無		事業所の名称							
				兼務する職種及び勤務時間等							
実施単位数	単位	同時に通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限							人		
単位①	単位当たりの従業者			生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		機能訓練指導員(基準緩和型は配置不要)	
				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)									
	* 適合の可否										
	定員	人									
	営業日					備考					
	営業時間										
		備考									
食堂及び機能訓練室の面積合計(サービスを提供するために必要な場所の面積合計)				m ²		* 基準上の必要数値				m ²	
						* 適合の可否					
主な揭示事項	定員	人									
	営業日										
	営業時間(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											
添付書類	別添のとおり										

備考

- 1 *を付した「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、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か又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。