付表２（別紙２）指定事業者（介護予防通所介護相当サービス）の指定に係る記載事項

（事業所所在地以外の場所で事業の一部を実施する場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 一部事業施設数 |  施設 |  |
| 一　部　事　業　施　設 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 実施単位数 |  単位 | 食堂及び機能訓練室の合計面積 |  ㎡ |
| 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者数の上限 |  人 |
| 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 |
|  | 利用定員 |  　　　　 人 |  |
| 営業日 |  日 |  月 |  火 |  水 |  木 |  金 |  土 |  祝 | その他年間の休日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  平日 |  土曜日 |  日曜日・祝日 | 備考 |
|  　 ～ |  ～ |  ～ |

注１「受付番号」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別様に記載した書類を添付してください。

　３　一部事業を実施する施設を複数有するときは、適宜欄を設けて記載するか別様に記載した書類を添付してください。