

介護予防通所サービス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														
	生年月日														
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)														
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入)		事業所等名称												
		兼務する職種及び勤務時間等													
実施単位数 単位		同時に通所介護、第一号通所事業等の提供を受けることができる利用者の数の上限							人						
従業者の職種・員数(単位別)		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)															
※基準上の必要人数(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							
				m ²		m ² 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	平日			～			土曜			～	日曜・祝日			～
		サービス提供時間													
		備考													
	利用料	法定代理受領分				三次市長が定める基準による									
		法定代理受領分以外				三次市長が定める基準による									
	その他の費用	別紙運営規程に記載のとおり													
	通常の事業	①			②			③			④			⑤	
実施地域	備考														
添付書類	別添のとおり														

- 注 1 ※印の欄には、記入しないこと。
- 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すること。
- 3 営業時間には、サービス提供時間も併記すること。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、(別紙)に記載し添付すること。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

(別紙)

介護予防通所サービス事業者の指定に係る記載事項(2 単位目以降)

※受付番号

事業所	フリガナ																										
	名称																										
単位	従業員の職種・員数(単位別)	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)																									
		※基準上の必要人数(人)																									
	※適合の可否																										
	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	平 日	～					土 曜	～					日曜・祝日	～											
			サービス提供時間																								
	備 考																										
	単位	従業員の職種・員数(単位別)	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)																								
※基準上の必要人数(人)																											
※適合の可否																											
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	平 日	～					土 曜	～					日曜・祝日	～											
			サービス提供時間																								
備 考																											
単位		従業員の職種・員数(単位別)	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)																								
	※基準上の必要人数(人)																										
	※適合の可否																										
	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	平 日	～					土 曜	～					日曜・祝日	～											
			サービス提供時間																								
	備 考																										
	添付書類		別添のとおり																								

- 注 1 ※の欄は、記入しないこと。
 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すること。
 3 営業時間には、サービス提供時間も併記すること。
 4 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。