|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

付表２

指定事業者（総合事業通所介護・総合事業通所型サービス）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 | |  | | |
| Email | |  | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ | |  | | | | | 住 所 | | | 〒　　　－ | | | | |
| 氏　　　　名 | |  | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ） | | | | | | | | | |  | | | | |
| 兼務する同一敷地内の  他の事業所または施設  (兼務の場合のみ記入） | | | | 事業所等名称 | | | | | |  | | | | |
| 兼務する職種お  よび兼務時間等 | | | | | |  | | | | |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者  (従事者) | | 職種・員数 | 生活相談員 | | | 看護職員 | | | | 介護職員  ・従事者 | | | 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) |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂・機能訓練室の合計面積 | | | | | | | ㎡ | | | | | | |  | |
| 営業時間 | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。）  ①　　：　　～　　：　　 ②　　：　　～　　：　　 ③　　：　　～　　： | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人（単位ごとの定員①　　人 ②　　人 ③　　人） | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 平面図 | | | | | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」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か、または、別様に記載した書類を添付してください。

３　管理者の兼務については、添付資料において確認可能な場合は記載を省略することができます。

４　機能訓練指導員については、生活相談員または看護職員も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。