付表4　運動器機能向上事業所又は認知症予防事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 記入者氏名 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| 当該運動器機能向上事業所又は認知症予防事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | 　 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | 名称 | 　 |
| 兼務する職種、勤務時間等 | 　 |
| 　 |
| 実施プログラム |  |  |
| 　専門スタッフ | 職種 |  |  |  |  |
| 従事するプログラム |  |  |  |  |
| 専従・兼務 | 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 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　専門スタッフ | 職種 |  |  |  |  |
| 従事するプログラム |  |  |  |  |
| 専従・兼務 | 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 | 　 | 　 | 　 |  |
| 通所型サービスＣを提供する場所の | 基準上の必要数値 | 適用の可否 |
| 　　合計面積 | m2 | m2以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用定員 |  |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考

　1　「基準上の必要数値」及び「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別様に記載した書類を添付してください。

　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。

　4　従業者の員数については、総数を記載してください。

　5　専門スタッフについては、該当する職員の資格者証の写しを添付してください。