付表3　通所介護相当サービス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 |  |
| Ｅｍａｉｌ |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住　所 | （郵便番号　　　　―　　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所介護相当サービス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 |  |
|  |
| 人員に関する基準の確認に必要な事項 |
| 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 |
|  | 常　　　勤（人） |  |  |  |  |
| 非　常　勤（人） |  |  |  |  |
| 設備に関する基準の確認に必要な事項 |
| 食堂及び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） |

備考

1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別葉に記載した書類を添付してください。

2　管理者の兼務について、添付資料にて確認可能な場合は、記載を省略することが可能です。

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。