

指定介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|----|---------------|-----------|----------------|----|-------------------|----|--|
| 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 | | | | | |
| 出張所等 | 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規定されている定款、寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | | 住 所 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| | | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | |
| | | | | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | |
| | | ※ 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 | 営業日 | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | |
| | 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） | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | | | | | | | |

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。