付表２-１　介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービスＡ）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 |  |
| 当該通所型サービスＡ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 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 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 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 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　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

3　２単位目以降は、付表2-3に記載し提出してください。

4　当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

5　生活相談員、看護職員及び機能訓練指導員の配置は人員基準上求められてはいませんが、配置している場合に記載してください。