

地域密着型通所介護の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
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			(郵便番号 -)		
	氏名	住所				
	生年月日					
	当該通所介護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			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	
常勤(人)						
非常勤(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					
通常の事業実施地域						
医療機関 緊急時対応	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
運営推進会議の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり				

備考

- 「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」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。
- 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。
- 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。
- 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅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。

役員等名簿

(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所	
	役職名・呼称	TEL	FAX