

付表2 介護予防・日常生活総合事業通所介護事業所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	(〒 -)															
電話番号						FAX番号											
当該事業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	(〒 -)									
	氏名						所										
	当該事業において兼務する場合の他の職種																
	同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合	事業所等名称					兼務する職種										
実施単位数		単位		食堂及び機能訓練室の合計面積									㎡				
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限										人							
従業者の職種・員数 (1単位目)		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)																	
主な 掲 示 事 項	1 利用定員	人															
	単位目	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日						
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日		備考							
		~			~			~									
	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																
通常の実施地域の事業	①			②			③			④		⑤					
の実施地域	備考																
添付書類																	

注1 「受付番号」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 添付書類については、町に確認してください