付表3―1(第6条関係)

基準該当通所介護事業所　　　　　　　　　　　　　　　　の登録に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 受付番号 | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | 住所 | 郵便番号 | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 当該通所介護事務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 | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 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) | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |
| 適合の可否 | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |
| 食事を行う場所及び機能訓練を行う場所の合計面積 | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | | 適合の可否 | | | |
|  | | | | m2 | | | | | | | m2以上 | | | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | |