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 |