付表3―2(第6条関係)

基準該当通所介護事業　　　　　　　　　　　　　　　を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 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 | |  | | |
| 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 | | | |  | |
| 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) | | | | | | | | |
| 添付書類 | 平面図 | | | | | | | | |