付表9　　　　　　　　　　　地域密着型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 | （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 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職務 | 　 |
| 申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | 事業所等の名称 |  |
|
| 兼務する職務及び勤務時間 |  |
|
| 実施単位数　　　単位 | 同時に通所介護（療養通所介護）の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 単位別の従業者の職種・員数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤　　  | （人） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤　　  | （人） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要員数（ 人 ） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 基準上の必要面積 | 適合の可否 |
| ㎡ | ㎡以上 | 　 |
| 運営の概要 | 単位ごとの利用定員 | （人） | 　 | 　 |
| 単位ごとの営業日 | 　 |
| 単位ごとの営業時間（サービス提供時間） |  |
| 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 |  |
| 通常の事業の実施地域 |  |  |  |  |  |
| 備考 |  |

 備考

　　１ 受付番号、基準上の必要員数、基準上の必要面積及び適合の可否の欄は、記入しないでください。

　　２ 運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

　　３ 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。