介護予防通所介護相当サービス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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| 単位別従業者の職種・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) | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 適合の可否 | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | 適合の可否 | |
|  | | | | | | ㎡ | | | | | | ㎡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） | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　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すること。

２ 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。