

指定認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	Email								
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 —)			
	氏名								
	生年月日								
	当該認知症対応型通所介護事業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との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称				事業所番号			
兼務する職種及び勤務時間等		-----							
従業者の職種・人数		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）									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡							
営業日	～ (休業日：)								
営業時間									
サービス提供時間									
利用定員									
通常の事業実施地域									
添付書類	別添のとおり								

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、又は別様に記載して書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付書類にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 機能訓練指導員については、生活指導員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、第7-2号様式に記載し、添付してください。
- 5 当該事業を事業所所在地以外の場合（いわゆる出張所）で一部実施する場合、第9号様式に所在地等を記載してください。また、従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載してください。