

付表2-1 第1号事業者(介護予防通所事業)の指定に係る記載事項

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							
	併設事業所の種別、名称									事業所番号						
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 _____)									
	氏名															
	生年月日	年	月	日												
	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 施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	事業所等名称							事業所番号							
兼務する職種 及び勤務時間等																
病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連絡先																
名称																
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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
		常勤(人)														
		非常勤(人)														
		基準上の必要人員(人)														
適合の可否		有・無														
食堂及び機能訓練室の合計面積 _____ m ²																
主な 揭示 事項	営業日	～ (休業日)														
	営業時間															
	サービス提供時間	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)														
	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た書類を添付してください。
 - 2 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、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、「付表2(別紙)」に記載し、添付してください。
 - 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
 - 5 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。