

付表2-2 第1号事業者(自立支援通所事業)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						
	種別							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		看護職員		介護職員		医療専門職		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								
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 <sup>2</sup>									
主な 掲示 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 「主な掲示事項」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。
- ※ 医療専門職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の資格を有する者をいいます。