

別紙

通所介護事業者の指定に係る記載事項（2単位目以降）

事業所	フリガナ		○×カイゴサービス												
	名称		○×介護サービス												
単位別情報 （ 単位目）	従業者	生活相談員	看護師・准看護師		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	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤（人）		1			1	1			1				
		非常勤（人）		1			1	1			1				
	定員		15人				食堂及び機能訓練室の合計面積				50㎡				
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日	12/30～1/3			
	営業時間		平日	9:00～18:00			土曜	9:00～18:00			日・祝				
	送迎を除くサービス提供時間		10:00～17:00（7時間00分）												
	単位別情報 （ 単位目）	従業者	生活相談員	看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤（人）															
非常勤（人）															
定員		人				食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡					
営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日					
営業時間		平日	～			土曜	～			日・祝	～				
送迎を除くサービス提供時間		: ~ : (時間 分)													
単位別情報 （ 単位目）		従業者	生活相談員	看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤（人）														
	非常勤（人）														
	定員		人				食堂及び機能訓練室の合計面積				㎡				
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日				
	営業時間		平日	～			土曜	～			日・祝	～			
	送迎を除くサービス提供時間		: ~ : (時間 分)												

申請書（様式第1号）裏面で記載した同一の所在地、連絡先を記入。

実施単位が2単位ある場合は、2単位目の情報を記載する。

備考1 本別紙は、2単位以上実施する場合に、付表6とあわせて使用すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。