付表第3─2(第6条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 基準該当通所介護事業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 | (　　　　　─　　　　　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | |
| 食事を行う場所及び機能訓練を行う場所の合計面積 | | | m2 | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 |
| m2 | | |  |
| 主な掲示事項 | 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) | | | | | | |
| 添付資料 | | 平面図 | | | | | | |

備考1　「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記載しないでください。

　　2　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。