付表第3─1(第6条関係)

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

基準該当通所介護事業所の登録にかかる記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | (　　　　─　　　　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 当該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) | 事業所の名称 | 　 |
| 兼務する職種 | 　 | 勤務時間等 | 　 |
| 従業者の職種・員数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |
| 　 | 常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要人数(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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) |
| 利用料 | 　 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | 　 |
| 添付資料 | 別添のとおり |

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。

　　3　「主な掲示事項」欄については、本欄への記載を省略し、別添資料として添付してかまいません。

　　4　機能訓練指導員については、生活相談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。

　　5　従業員の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合には、当該出張所に従事する員数との合計数を記載してください。

　　6　通所介護サービス以外のサービスを実施する場合には、通所介護サービス部分とそれ以外の部分の料金の状況がわかるような料金表を添付してください。