様式第２号（その４）（第２条、第６条関係）

指定事業者の指定に係る記載事項（通所型サービスＡ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 管理者 | ふりがな |  | 住所 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 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） | 名称 |  | 事業所番号 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 |
|  | 従業者の職種・員数 |  |  |  |  |
| 常勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 |
| 通所事業所の提供に必要な場所の合計面積 | 　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 当該単位のサービスで同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の合計面積 | 　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　　㎡ |
| 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） |

（通所介護従前相当サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 |
| 通所事業所の提供に必要な場所の合計面積 | 　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 当該単位のサービスで同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の合計面積 | 　　　　　　　　　　　人 | 　　　㎡ |
| 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） |

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　管理者の兼務については、添付資料で確認可能な場合は、記載を省略することが可能です。

３　従事者の職種・員数の欄は、従事者の職種及び員数を記入してください。

４　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。