介護予防通所介護サービス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 | 　 |
| 一部事業施設数 | 施設 | 　 |
| 一部事業施設 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 同時に通所（療養）介護，介護予防通所介護サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 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 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常　勤　(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤　(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ | 　 |
| 主な掲示事項 | 定　　員 | 人 | 　 |
| 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 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 | 　 |
| 一部事業施設 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | (〒　　　－　　　　) |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 同時に通所（療養）介護，介護予防通所介護サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 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 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常　勤　(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤　(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡ | 　 |
| 主 な 掲 示 事 項 | 定 　員 | 人 | 　 |
| 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 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 | 　 |
| 利 用 料 | 法定代理受領分(一割又は二割又は三割負担分) |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施区域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 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すること。

２ 「主な掲示事項」については，本欄の記載を省略し，別添として差し支えない。

添付書類　一部事業施設の平面図（設備，備品概要を含む）