

付表 2-1 介護予防型デイサービス・活動型デイサービスの指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|------|----|--------------------|----|-------------------|----|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX 番号 | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | |
| 管理者 | フリガナ | | | 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 (兼務の場合に記入) | | | | | | | | |
| | 同一敷地内の他の事業所 または施設の従業者との 兼務 (兼務の場合に記入) | 名称 | | | 兼務する職種 および勤務時間等 | | | | |
| 従業者の職種・員数 | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 および従事者 | | 機能訓練指導員 | | |
| | | | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 |
| | 常勤 (人) | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | |
| 食堂および機能訓練室またはサービス提供する場所の合計面積 | | | | | 基準上の必要数値 | | 適合の可否 | | |
| | | | | | m ² | | m ² 以上 | | |
| 主な 揭示 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 | 法定代理受領分 | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | | |
| | 通常の事業実施 地域 | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | |

注 1 「受付番号」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、または別葉に記載した書類を添付してください。

3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。