付表２

通所型サービスに係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務の有無 | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | 兼務する職務 | | | | |  | | | |
| 同一敷地内にある他の事業所又は施設で兼務する場合 | | | | | | | | | | 事業所又は施設の名称 | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 兼務する職務及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 単位目 | 食堂及び機能訓練室の面積 | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※基準上の必要面積 | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※適合の可否 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従　事　者 | 区　分 | 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） |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  |
| ※基準上の必要人数 |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| ※適合の可否 |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 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 | | | | ～ | | | | | 日曜日  ・祝日 | | | ～ | |
| 利用定員 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

注　※欄は記入しないこと。