付表２－２

介護予防通所介護相当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、介護予防通所介護相当サービスを受けることができる利用者の上限 | 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、介護予防通所介護相当サービスを受けることができる利用者の上限 | 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 |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | 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。）