

指定事業者(介護予防通所介護相当サービス)の指定に係る記載事項  
(複数単位実施する場合)

事業所	フリガナ																			
	名称																			
単 位 目	2	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)																			
	主な揭示事項																			
	利用定員	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			日曜日・祝日			備考									
		～			～			～												
単 位 目	3	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)																			
	主な揭示事項																			
	利用定員	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			日曜日・祝日			備考									
		～			～			～												
単 位 目	4	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)																			
	主な揭示事項																			
	利用定員	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			日曜日・祝日			備考									
		～			～			～												

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葉に記載した書類を添付してください。