

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

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				生年			住所	郵便番号	-		
	氏名				月日							
	当該事業において兼務する場合の他の職種											
	同一敷地内の他の事業所又は施設において兼務する場合		事業所等名称									
	兼務する場合		兼務する職種									
食堂及び機能訓練室の合計面積												m ²
同時に通所介護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）												
主な揭示事項	利用定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	営業時間	平日		土曜日		日曜日・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												
添付書類												

備考

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 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。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、「付表2-2」に2単位目以降に係る単位別利用定員等の必要事項を記載し添付してください。
- 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する拠点を有するときは、「付表2-3」に必要事項を記載し添付してください。