

付表 7 地域密着型通所介護サービス事業所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 -) 県 市							
	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				(郵便番号 -)				
	氏名				住所				
	生年月日								
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合のみ記入)	名称			兼務する職種 及び勤務時間等				
1 単位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)				(食堂と機能訓練室が別の場合)				
	食堂兼機能訓練室の 面積	m ²			機能訓練室の面積	m 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)								
	営業日	曜日 ~ 曜日							
	年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /							
	営業時間	: ~ :							
	サービス提供時間	: ~ : (送迎時間を除く)							
利用定員	人								
利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)				介護報酬告示上の額				
	法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額				
その他の費用	運営規程のとおり								
通常の事業の実施地域									

備考 1 「受付番号」欄には、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又は続紙に記載してください。

付表 7 (続紙)

(2 単位目以降)

事業所名称										
2 単 位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)	食堂兼機能訓練室の面積				機能訓練室の面積				
		m ²				m ²				
	従業員の種類・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 掲 示 事 項	営業日	曜日 ~ 曜日							
		年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /							
		営業時間	: ~ :							
		サービス提供時間	: ~ : (送迎時間を除く)							
		利用定員	人							
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)				介護報酬告示上の額			
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額			
		その他の費用	運営規程のとおり							
通常の事業の実施地域										
3 単 位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)	食堂兼機能訓練室の面積				機能訓練室の面積				
		m ²				m ²				
	従業員の種類・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 掲 示 事 項	営業日	曜日 ~ 曜日							
		年間の休日	曜日及び / ~ / 、 / ~ /							
		営業時間	: ~ :							
		サービス提供時間	: ~ : (送迎時間を除く)							
		利用定員	人							
		利用料	法定代理受領分(利用者負担分)				介護報酬告示上の額			
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額			
		その他の費用	運営規程のとおり							
通常の事業の実施地域										