

付表２ 「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		F A X 番号	
		Email			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)
	氏名				
	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			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
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
常勤（人）					
非常勤（人）					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²	
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人（単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人）				
添付書類	別添のとおり				

備考 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してください。