

別記様式第1号付表2-3 通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（機能向上型）

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
E m a i l							
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		生年月日	
	氏名						
	当該通所介護事業所等で兼務する他の職種						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称 兼務する職種及びその職種に従事する時間等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
単位別従業者の職種及び員数		介護職員	機能訓練指導員				
○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			㎡				
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						

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
E m a i l						
○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			㎡			
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
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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様に記載した書類を添付してください。
  - 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
  - 当該事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。従業者の員数については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。