

付表2(別紙)

第1号通所事業の指定に係る記載事項(2単位目以降)

(通所介護相当サービス・通所型サービスA)

受付番号	
------	--

事業所	ふりがな																	
	名称																	
単位	単位別従業者		生活相談員				看護職員				介護職員(従事者)				機能訓練指導員			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)																
		非常勤(人)																
		基準上の必要人数(人)																
	適合の可否																	
	主な揭示事項	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・祝	～				
	備考	サービス提供時間								延長時間								
単位	単位別従業者		生活相談員				看護職員				介護職員(従事者)				機能訓練指導員			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)																
		非常勤(人)																
		基準上の必要人数(人)																
	適合の可否																	
	主な揭示事項	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・祝	～				
	備考	サービス提供時間								延長時間								
単位	単位別従業者		生活相談員				看護職員				介護職員(従事者)				機能訓練指導員			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		常勤(人)																
		非常勤(人)																
		基準上の必要人数(人)																
	適合の可否																	
	主な揭示事項	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・祝	～				
	備考	サービス提供時間								延長時間								

備考

- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」「適合の可否」欄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別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。