

付表 9 地域密着型通所介護（療養通所介護）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 - ) 香美町 区								
	連絡先	電話番号				FAX 番号				
管理者	フリガナ				住所		(郵便番号 - )			
	氏名									
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種									
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス							
従事する職種及び 勤務時間等										
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)										
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		m <sup>2</sup>				基準上の 必要数値		適合の可否		
						m <sup>2</sup> 以上				
主な 揭示 事項	単位数： 単位  単位が複数ある場合は「付表 9 別紙」 に記入		営業日及び休日							
			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（一割負担分）							
			法定代理受領分以外							
その他の費用										
通常の事業実施地域										

- 備考
- 1 「受付番号」「適合の可否」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又は別紙に記載して添付してください。
  - 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。
  - 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 9 別紙」に記載し添付してください。