

(参考様式14)

短期集中通所サービス事業計画書

事業実施場所	名称	
	所在地	
併設事業所	※ 同一の事業所で実施しているサービス <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所サービス <input type="checkbox"/> 元気向上通所サービス事業者 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	
特色・PR		
1週間あたりの 実施回数 (曜日、実施時間)		
プログラムの内容		
配置職員 (職種、人数)		
送迎	なし ・ あり(送迎範囲)	
その他		