

介護予防通所サービス事業所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					FAX番号					
Email												
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏 名											
	生年月日											
	当該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							㎡					
	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の 年間の休日			
営業日												
定員												
営業時間	平日	～				土曜	～			日・祝	～	
	備考											
サービス提供時間	平日	～				土曜	～			日・祝	～	
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。
- 新規指定の場合は別添1、指定更新の場合は別添2に記載された書類を添付してください。