**指定通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項**

（付表３－２）

**（２単位目以降）**

提供するサービスすべてにチェック印をつけてください。

□通所介護　　□通所介護相当　　□緩和型通所介護

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

|  |
| --- |
| **○２単位目** |
| 当該単位のサービスに印を付けてください。　　□通所介護相当　　　□通所介護相当＋緩和型通所介護　　□通所介護＋通所介護相当　　□通所介護＋通所介護相当＋緩和型通所介護 |
| 当該単位で同時に通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積 | 人 | ㎡ |
| 単位別従業者 |  | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 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 | ~ | 日曜祝日 | ~ |
| サービス提供時間 |  |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
| **○３単位目** |
| 当該単位のサービスに印を付けてください。　　□通所介護相当　　　□通所介護相当＋緩和型通所介護　　□通所介護＋通所介護相当　　□通所介護＋通所介護相当＋緩和型通所介護 |
| 当該単位で同時に通所介護相当サービスを行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積 | 人 | ㎡ |
| 単位別従業者 |  | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 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 | ~ | 日曜祝日 | ~ |
| サービス提供時間 |  |
| 備考 |  |

備考　１　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葉に記載した書類を添付してください。