

通所介護事業者の指定に係る記載事項(2単位目以降)

事業所	フリガナ													
	名称													
単位別情報	従業者	生活相談員	看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員			
			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)													
単位目	定員	人		食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²						
	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	～			
	送迎を除くサービス提供時間		:		～		:		(時間分)					
単位別情報	従業者	生活相談員	看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員			
			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)													
単位目	定員	人		食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²						
	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	～			
	送迎を除くサービス提供時間		:		～		:		(時間分)					
単位別情報	従業者	生活相談員	看護師・准看護師		介護職員		機能訓練指導員		栄養職員		歯科職員			
			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)													
単位目	定員	人		食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²						
	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	～			
	送迎を除くサービス提供時間		:		～		:		(時間分)					

備考 1 本別紙は、2単位以上実施する場合に、付表6とあわせて使用すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。