

付表 2 - 2

介護予防通所介護相当サービス・通所型サービス A を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
一部事業施設数			施設									
一部事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒 -) 愛媛県 八幡浜市										
	連絡先	電話番号		FAX番号								
実施するサービス		<input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービス A <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護（地域密着型通所介護）、通所型サービス A <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス、通所型サービス A <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス A										
同一所在地において、通所型サービス A と通所介護又は地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービスを提供する場合の実施方法		<input type="checkbox"/> 部屋が別 <input type="checkbox"/> 部屋を区切る <input type="checkbox"/> 時間帯を分ける <input type="checkbox"/> 曜日を分ける <input type="checkbox"/> その他 ()										
事業所で同時にサービスを行う利用者の上限		人										
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		サービスA従事者			
	専従		専従		専従		専従		専従			
	兼務		兼務		兼務		兼務		兼務			
常勤 (人)												
非常勤 (人)												
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²										
主な 掲示 事項	定員	人			うち、通所型サービス A の定員							
	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		~	
		備考										
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業実施区域	①	②		③		④		⑤				
	備考											
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すること。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

添付書類 一部事業施設の平面図（設備、備品概要を含む）