

## 鹿児島市予防型通所介護サービス事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(〒 - )									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項					第 条 項 号						
管理者	フリガナ				住所	(〒 - )					
	氏名				住所						
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)										
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称								
		兼務する職種及び勤務時間									
実施単位数	単位	同時に予防型通所介護サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限						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		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		
適否		※		※		※		※			
食堂及び機能訓練室の合計床面積					基準上の必要数値				適 否		
		m <sup>2</sup>			※ m <sup>2</sup> 以上				※		
主な揭示事項	定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
	営業時間	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										
	通常の事業の実施地域	①	②			③			④		⑤
備考											

- (注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。  
 2 一体的に運営する(介護予防)通所介護と同じ内容で記載してください。  
 3 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間については、別紙1に記入し、添付してください。  
 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

複数の単位を実施する鹿児島市予防型通所介護サービス事業者の  
指定に係る記載事項

事業所	フリガナ												
	名称												
単位②	単位当たりの従業者		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)										
		基準上の必要員数(人)		※		※		※		※		※	
	適否		※		※		※		※		※		
	定員	人											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考			
	営業時間	備考											
	単位③	単位当たりの従業者		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)										
基準上の必要員数(人)				※		※		※		※		※	
適否			※		※		※		※		※		
定員		人											
営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	備考			
営業時間		備考											
単位④		単位当たりの従業者		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)										
	基準上の必要員数(人)			※		※		※		※		※	
	適否		※		※		※		※		※		
	定員	人											
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考			
	営業時間	備考											

- (注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。  
 2 一体的に運営する(介護予防)通所介護と同じ内容で記載してください。  
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。