

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											
	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		m ²			基準上の必要数値			適否				
		m ²			※ m ² 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	フリガナ												
	フリガナ												
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。