

鹿児島市ミニデイ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 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		同時にミニデイ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			介護職員										
			専従兼務										
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	基準上の必要員数(人)		※										
適否		※											
サービス提供に必要な場所の合計床面積			m ²			基準上の必要数値			適否				
			※			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					鹿児島市長が定める基準のとおり					
			法定代理受領分以外					鹿児島市長が定める基準のとおり					
	そ の 他 の 費 用												
	通常の事業の実施地域		①			②			③			④	
備考													

(注意) 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 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。

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。

複数の単位を実施する鹿児島市ミニデイ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	介護職員		/																	
														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	介護職員											/							
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	介護職員		/																
	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 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。