

## 鹿児島市運動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		同時に運動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			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							
	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 <sup>2</sup>			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					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		⑤		
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運動型通所介護サービス事業者の  
指定に係る記載事項

事業所名	フリガナ											
	フリガナ											
単位②	単位当たりの従業者			看護職員			介護職員			機能訓練指導員		
				専	従	兼	専	従	兼	専	従	兼
		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			看護職員			介護職員			機能訓練指導員		
				専	従	兼	専	従	兼	専	従	兼
		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			看護職員			介護職員			機能訓練指導員		
				専	従	兼	専	従	兼	専	従	兼
		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。