

受付番号

## 第1号通所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	(郵便番号 — )									
電話番号						FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 — )				
	氏名										
	生年月日										
	当該第1号通所事業の事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入)										
	兼務する同一敷地内の 他の事業所(兼務の場合記入)				事業所名称				兼務する職種、 勤務時間等		
実施単位数	単位	同時に第1号通所事業の提供を受けることができる利用者の数の上限							人		
単位別 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)										
	基準上の必要人数(人)										
適合の可否											
食堂及び機能訓練室の合計面積					基準上の必要数値			適合の可否			
					m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup> 以上			
主な 揭示 事項	定員	人									
	休業日					その他年間の休日					
	営業時間	平日	~	土曜	~	日曜・祝日	~				
		備考	サービス提供時間 ( : ~ : )								
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)									
		法定代理受領分以外									
その他の費用											
その他の 事業実施地域											
添付書類	別添のとおり										

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。

備考 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入した書類を添付してください。

備考 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員並びに単位別従業者の職種及び員数については、付表2(別紙)に記入し添付してください。