付表2－1　介護予防通所介護（従来型）の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
		（ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		メールアドレス			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第　　条 第　　項 第　　号			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　　名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名　　称			
		兼務する職種及び勤務時間等			

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
常　勤（人）				
非常勤（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
㎡	㎡以上	

主な掲示事項	営業日	単位ごとの営業日	
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　）	
	利用定員	人（単位ごとの定員①　　人　②　　人　③　　人）	
	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」及び「適合の可否」欄は、記載しないでください。

2　「当該介護予防通所介護（従来型）で兼務する他の職種」及び「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。

3　「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。

4　記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。