

介護予防通所介護相当サービス(現行相当)事業所指定(更新)に係る記載事項

(表)

管理者	(フリガナ) 氏名			(フリガナ) 住所	(郵便番号 - )							
	生年月日											
	当該事業所で兼務する場合	兼務する職務										
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合	事業所、施設等の名称		兼務する職務及び勤務時間等								
利用定員(同時に通所型サービスを受けることができる利用者数の上限)の合計					人							
実施単位数		単位										
食堂及び機能訓練室の面積の合計			m <sup>2</sup>									
従業者	区分	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												
単位別(1単位目)	食堂及び機能訓練室の面積		m <sup>2</sup>		※基準上の必要面積		※適合の可否					
					m <sup>2</sup> 以上							
主な 揭示 事項	利用定員		人									
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業時間		平日		～		土曜日		～		日曜日・祝日	～
			備考									
	利用料		法定代理受領分		小千谷市が定める基準額の利用者負担分							
			法定代理受領分以外		小千谷市が定める基準額							
	その他の費用											
通常の事業の実施地域		①	②	③	④	⑤						
		備考										

注1 ※欄は記入しないこと。

(裏)

区分	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			
従業員	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	※基準上の必要人数(人)										
	※適合の可否										
単位別	食堂及び機能訓練室の面積		m <sup>2</sup>		※基準上の必要面積		※適合の可否				
					m <sup>2</sup> 以上						
主な揭示事項	利用定員	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜日	～		日曜日・祝日	～		
		備考									
	利用料	法定代理受領分	小千谷市が定める基準額の利用者負担分								
		法定代理受領分以外	小千谷市が定める基準額								
	その他の費用										
通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤						
	備考										

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業の一部を行う施設の数	施設	
(フリガナ)		
名称		
(フリガナ)	(郵便番号 - )	
所在地	新潟県	市郡
連絡先	電話番号	FAX番号
備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有する場合に記入すること。