

第一号事業者【 通所サービス(現行相当) 通所型サービスA 】の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	マルマルデイサービス												
	名称	〇〇デイサービス												
	所在地	(郵便番号 〇〇〇-××××) 飯塚市△△△**番地**												
	連絡先	電話番号	0948-**-****				FAX番号	0948-**-****						
管理者	フリガナ	ホナミ イチロウ			住所	(郵便番号 〇〇〇-××××) 飯塚市××*								
	氏名	穂波 一郎			管理者経歴書と一致									
	生年月日	昭和**年*月*日										電話番号	0948-**-****	
	当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)													
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		事業所等名称		〇〇ヘルパーステーション									
			兼務する職種及び勤務時間等		訪問介護事業所管理者 8:30~18:00									
実施単位数	1	単位	事業所で同時に通所事業を行う利用者の上限						22	人				
実施種別 ※①~③のどれかに記入	①通所サービス(現行相当)のみ		食堂・機能訓練室の面積 ()m ² 定員()人											
	②通所型サービスAのみ		食堂・機能訓練室の面積 ()m ² 定員()人											
	③ ①・②の両方		食堂・機能訓練室の面積 (67.26)m ² 定員(20)人 ※定員は①の基準に該当する必要があります											
単位別従業者	※②の場合は太枠内のみ記入		生活相談員		看護職員		介護職員・従業者		機能訓練指導員					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載した人数と一致				
	常勤(人)		1	1		1	1	1	1					
非常勤(人)					1									
主な揭示事項	定員	20人												
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
		○	○	○	○	○	○	○	○	12月**日~1月*日				
	営業時間	平日	8:30~		17:00		土曜	8:30~		17:00	日曜・祝日	8:30~		17:00
		サービス提供時間		9:00~16:30										
利用料	その他の費用 運営規程に定めるとおり													
通常の事業実施地域	① 飯塚市		② △△市		③ □□町		④		⑤					
添付書類	別添のとおり 市町村単位で記入													

運営規程と一致

- 備考 1 通所サービス(現行相当)又は通所型サービスAのうち、指定を受けるサービスに○をつけてください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 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及び単位別従業者の職種・員数については、「付表2-1(別紙)」に記載し、添付してください。
 4 従業員の員数については、総数を記載してください。
 5 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。
 6 付表の記載内容と、その他添付書類(運営規程等)の内容が一致するか確認してください。