第１号通所事業指定更新に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　）　　　　県　　　　　市・郡 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 出張所等 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　）　　　　県　　　　　市・郡 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 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 |  |
| 当該総合事業通所介護事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等（兼務の場合記入） | 名称 |  |
| 兼務する他の職務 |  |
| 実施単位数 | 単位 |  |
| 同時に第１号通所介護、指定通所介護及び指定介護予防通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 単位別従業者の職種及び員数 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※基準上の必要人員 |  |  |  |  |
| ※適合の可否 |  |  |  |  |
| 食道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 | ｍ以上 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | ①　　時　　分 ～　　時　　分 | ②　　時　　分 ～　　時　　分 |
| 単位ごとのサービスの提供時間 | ①　　　　　　　　　人 | ②　　　　　　　　　人 |
| 単位ごとの利用定員 |  |
| 通常の事業の実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考

１　※印のある欄には、記入しないでください。

２　＊印の欄は、出張所等がある場合に、事業所に含めて記入してください。

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。

４　添付書類

（１）運営規程

（２）利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式３）

（３）当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態（参考様式４）

（４）誓約書（参考様式５）

（５）前各号に掲げる事項のほか、町長が指定に関し必要と認める事項を記載した書面