

日中一時支援事業所の登録に関する記載事項

事業所	フリガナ 名 称									
	所 在 地									
	連 絡 先	電話番号			F A X 番号					
管理者	フリガナ 氏 名				住 所	(〒 -)				
	当該日中一時支援事業所で兼務する他の職務（兼務の場合のみ記入）									
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従事者との兼務（兼務の場合のみ 記入）	事業所等の名称								
		兼務する職務								
事業所の種別		<input type="checkbox"/> 施設併設型 <input type="checkbox"/> 単独型								
主たる利用者										
施設併設型の場合の本体施設の 種別、名称及び定員		種別			名称					
当該事業の実施に係る定款、寄附行為等の根拠条文										
従業者の職種及び員数		医師		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常 勤 (人)								
		非 常 勤 (人)								
常勤換算後の人数 (人)										
従業者の職種及び員数		栄養士		その他						
		専従	兼務	専従	兼務					
		常 勤 (人)								
		非 常 勤 (人)								
常勤換算後の人数 (人)										
主な 揭示 事項	利 用 定 員									
	利 用 料									
	そ の 他 の 費 用									
	そ の 他 参 考 と な る 事 項		第三者評価の実施状況		<input type="checkbox"/> 実施あり <input type="checkbox"/> 実施なし					
			苦情解決の措置の概要		窓口			担当者		
そ の 他										
協力医療機関	名 称			診療科名						
				診療科名						

(備考)

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 2 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 3 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。