

別紙2（その1）第1号通所事業者の指定に係る記載事項（1単位）

※受付番号												
事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
連絡先	電話番号					FAX番号						
当該事業の実施に係る定款、寄附行為等の根拠条文 第 条第 項第 号												
管理者	フリガナ								住所	(郵便番号 -)	生年月日	
	氏名											
	当該事業所等で兼務する他の職種											
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称		兼務する職種及びその職種に従事する時間等							
実施単位数	単位	同時に第1号通所事業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)										
		※基準上の必要人数(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					
				m ²			m ² 以上					
主な揭示事項	利用定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	時から		時まで		土曜	時から		時まで		
		(備考)										
	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												
通常の事業の実施地域	①	②		③			④		⑤			
	(備考)											

注1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 当該事業所内で複数の単位の第1号通所事業を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種及び員数については、別紙2（その2）に記入の上、添付してください。

3 当該事業所の所在地以外の場所に、当該第1号通所事業の一部を実施する施設を有するときは、別紙2（その3）に必要事項を記入の上、添付してください。