地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （２単位目以降） | 受付番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| ２　単　位　目 | 単位別従業者の職種・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） | 　 |  | 　 |  | 　 |  | 　 |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 | サービス提供時間（送迎時間を除く。） |
| 利用定員 | 　　　人 |
| ３　単　位　目 | 単位別従業者の職種・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） | 　 |  | 　 |  | 　 |  | 　 |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 | サービス提供時間（送迎時間を除く。） |
| 利用定員 | 　　　人 |
| ４　単　位　目 | 単位別従業者の職種・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） |  |  | 　 |  | 　 |  | 　 |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数（人） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 |  |
| 営業時間 | サービス提供時間（送迎時間を除く。） |
| 利用定員 | 　　　人 |