

付表7 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項（2/2）

事業所	フリガナ	
	名称	

1 単位目	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								
		非常勤								
	主な 揭示 事項	利用定員		名						
サービス提供日										
サービス提供時間 (送迎時間を除く)										
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²						

2 単位目	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								
		非常勤								
	主な 揭示 事項	利用定員		名						
サービス提供日										
サービス提供時間 (送迎時間を除く)										
食堂及び機能訓練室の合計面積				m ²						

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 2 「営業日」欄には、事業所の営業日及び年間の休日を、「営業時間」には当該事業所の営業している時間を記載してください。
- 3 「従業者の職種・員数」欄には当該事業所での常勤・非常勤、専従・兼務を記載してください。
- 4 「サービス提供日」には当該単位でのサービス提供日を、「サービス提供時間」には送迎時間を除いたサービス提供時間を記載してください。
- 5 記載事項に変更がある場合は変更届に添付してください。