

付表7 地域密着型通所介護（療養通所介護）の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —)								
	連絡先	電話番号				FAX 番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号		
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 —)				
	氏名									
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種									
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合	名称・サービス								
従事する職種及び勤務時間等										
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)										
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²				基準上の必要数値		適合の可否		
						㎡以上				
主な 揭示 事項	単位数： 単位		営業日及び休日							
	単位が複数ある場合は「付表7別紙」に記入		営業時間		: ~ :					
			サービス提供時間（送迎時間を除く）		: ~ :					
			利用定員		人					
	利用料	法定代理受領分（一割負担分）								
		法定代理受領分以外								
		その他の費用								
通常の事業実施地域										

- 備考
- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表7別紙」に記載し添付してください。

付表 1 1 別紙

地域密着型通所介護（療養通所介護）の指定に係る記載事項

受付番号

① 単 位	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）								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	:	~	:					
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	:	~	:					
	定員				人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²	
② 単 位	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）								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	:	~	:					
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	:	~	:					
	定員				人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²	
③ 単 位	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）								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	:	~	:					
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	:	~	:					
	定員				人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²	