付表９－２別紙

共生型地域密着型通所介護又は共生型第１号通所事業（介護予防型通所ｻｰﾋﾞｽ・短時間型通所ｻｰﾋﾞｽ）事業者の指定に係る記載事項（２単位目以降）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報（　　単位目） | 従業者 |  | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | 栄養職員 | | | | 歯科職員 | | | |
| 専従 | | 兼務 | | | | 専従 | | 兼務 | | | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 |
| 常勤（人） | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 非常勤(人) | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 定員 | | 人 | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | |  | | | | |
| 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 | |  | | | | ～ |  | | | | | 土曜 | | | |  | | | ～ | |  | | | | 日・祝 | |  | | | | ～ |  | |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　時間　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報（　　単位目） | 従業者 |  | | | 生活相談員 | | | | | | 看護職員 | | | | | | | 介護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | 栄養職員 | | | | 歯科職員 | | | |
| 専従 | | 兼務 | | | | 専従 | | 兼務 | | | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 |
| 常勤（人） | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 非常勤(人) | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 定員 | | 人 | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | |  | | | | |
| 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 | |  | | | | ～ |  | | | | 土曜 | | | | |  | | | ～ | |  | | | | 日・祝 | |  | | | | ～ |  | |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　時間　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報（　　単位目） | 従業者 |  | | | 生活相談員 | | | | | | 看護師職員 | | | | | | | 介護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | 栄養職員 | | | | 歯科職員 | | | |
| 専従 | | 兼務 | | | | 専従 | | 兼務 | | | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | | 兼務 |
| 常勤（人） | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 非常勤(人) | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 定員 | | 人 | | | | | | | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | |  | | | | |
| 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 | |  | | | | ～ |  | | | | 土曜 | | | | |  | | | ～ | |  | | | | 日・祝 | |  | | | | ～ |  | |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | | | | | | | ：　　～　　：　　（　　時間　　分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考１　本別紙は、2単位以上実施する場合に、付表9とあわせて使用すること。

２　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。