**付表２－２　地域密着型通所介護事業所の指定（更新）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 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日(単位ごと) | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎時間を除くサービス提供時間 |  |
| 備考 |  |
| 利用定員 | 人 |
| ３単位目 | 単位別従業者 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日(単位ごと) | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎時間を除くサービス提供時間 |  |
| 備考 |  |
| 利用定員 | 人 |
| ４単位目 | 単位別従業者 | 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人員（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日(単位ごと) | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎時間を除くサービス提供時間 |  |
| 備考 |  |
| 利用定員 | 人 |