

(その3) (通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

※受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
事業施設数	施設											
事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号						
	E-mail											
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限												人
従業者の職種及び員数		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)											
食堂及び機能訓練室の合計面積											平方メートル	
主な揭示事項	利用定員	人										
	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	時分から時分まで			土曜	時分から時分まで		日曜又は祝日	時分から時分まで		
(備考)												
事業施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		(ビルの名称等)										
直通連絡先	直通電話番号					FAX番号						
	E-mail											
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限												人
従業者の職種及び員数		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)											
食堂及び機能訓練室の合計面積											平方メートル	
主な揭示事項	利用定員	人										
	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	時分から時分まで			土曜	時分から時分まで		日曜又は祝日	時分から時分まで		
(備考)												

注1 ※印の欄は、記入しないこと。
 2 通所介護事業を一部実施する施設の平面図及び設備の概要を記載した書類を添付すること。
 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。