

付表2 通所型サービスに係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 市							
	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				(郵便番号 - )				
	氏名				住所				
	生年月日								
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合のみ記入)		名称						
		兼務する職種 及び勤務時間等							
1 単位 目	(食堂と機能訓練室が同一の場合)				(食堂と機能訓練室が別の場合)				
	食堂兼機能訓練室の 面積		m <sup>2</sup>			機能訓練室の面積		m <sup>2</sup>	
	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
	常勤 (人)								
	非常勤 (人)								
	営業日		曜日 ~ 曜日						
	年間の休日		曜日及び / ~ / 、 / ~ /						
	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 (利用者負担分)			鈴鹿亀山地区広域連合が定める額				
		法定代理受領分以外			鈴鹿亀山地区広域連合が定める額				
その他の費用		運営規程のとおり							
通常の事業の実施地域									

備考 1 「受付番号」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か又は続紙に記載してください。

付表 2 (続紙)

(2 単位目以降)

事業所名称													
2 単 位 目	主な 掲 示 事 項	(食堂と機能訓練室が同一の場合)					(食堂と機能訓練室が別の場合)						
		食堂兼機能訓練室の面積					機能訓練室の面積						
	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)												
	営業日	曜日 ~ 曜日											
		年間の休日 曜日及び / ~ / 、 / ~ /											
		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(利用者負担分)					鈴鹿亀山地区広域連合が定める額	
							法定代理受領分以外					鈴鹿亀山地区広域連合が定める額	
		その他の費用 運営規程のとおり											
通常の事業の実施地域													
3 単 位 目	主な 掲 示 事 項	(食堂と機能訓練室が同一の場合)					(食堂と機能訓練室が別の場合)						
		食堂兼機能訓練室の面積					機能訓練室の面積						
	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)												
	営業日	曜日 ~ 曜日											
		年間の休日 曜日及び / ~ / 、 / ~ /											
		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(利用者負担分)					鈴鹿亀山地区広域連合が定める額	
							法定代理受領分以外					鈴鹿亀山地区広域連合が定める額	
		その他の費用 運営規程のとおり											
通常の事業の実施地域													