# 付表9－2　地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項（２単位以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  事業所  | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 単　位 | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日･祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |
| 単　位 | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日･祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |
| 単　位 | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日･祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |