

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																	