付表２　旧介護予防通所介護相当サービスの指定申請に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話		ＦＡＸ	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	当該介護予防通所介護相当サービス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			

○人員に関する基準の確認に必要な事項				
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
常勤（人）				
非常勤（人）				

○設備に関する基準の確認に必要な事項		
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	

営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　）
利用定員	人（単位ごとの定員　①　人　②　人　③　人）
添付書類	別紙に掲げるとおり

（旧介護予防通所介護相当サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話		ＦＡＸ	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な事項		
食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	

営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） （①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　）
利用定員	人（単位ごとの定員　①　人　②　人　③　人）
添付書類	事業所の平面図

備考

1　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別様式に記載した書類を添付してください。

2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

3　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。

4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。