

付表2(別紙)

通所型サービス事業所の指定に係る記載事項
(介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA)

受付番号	
------	--

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)																
	適合の可否																	
	主な揭示事項	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)															
適合の可否																		
主な揭示事項		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)															
	適合の可否																	
	主な揭示事項	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																	