**付表１－５ （別紙）**

**阿南市介護予防通所介護相当サービスの指定に係る記載事項**

**（２単位目以降）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業所** | **フリガナ** |  |
| **名称** |  |
| **当該単位で同時に通所介護等を行う利用者の数の上限及び食堂・機能訓練室の面積****（通所事業の提供に必要な場所の合計面積）** | **人** | **㎡** |
| **２　　単　　位** | **従業者の職種・員数****（単　位　別）** | **生活相談員** | **介護職員** | **看護職員** | **機能訓練指導員** |  |
| **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** |
|  | **常　　　勤　（人）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **非　常　勤　（人）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **主な掲示事項** | **営業日** | **日** | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** | **土** | **祝** | **その他****年間休日** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **営業時間** | **平日** | 　　　 　～　　　　 | **土曜** | ～ | **日曜・祝日** | 　　　　　～ |
| **利用定員** | **定員** | 人　 | **定員** | 人　 | **定　員** | 人　 |
| **サービス提供時間** |  |
| **備　　　　　考** |  |
| **当該単位で同時に通所介護等を行う利用者の数の上限及び食堂・機能訓練室の面積****（通所事業の提供に必要な場所の合計面積）** | **人** | **㎡** |
| **３　　単　　位** | **従業者の職種・員数****（単　位　別）** | **生活相談員** | **介護職員** | **看護職員** | **機能訓練指導員** |  |
| **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** | **専従** | **兼務** |
|  | **常　　　勤　（人）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **非　常　勤　（人）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **主な掲示事項** | **営業日** | **日** | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** | **土** | **祝** | **その他****年間休日** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **営業時間** | **平日** | 　　　 　～　　　　 | **土曜** | ～ | **日曜・祝日** | 　　　　　～ |
| **利用定員** | **定員** | 人　 | **定員** | 人　 | **定　員** | 人　 |
| **サービス提供時間** |  |
| **備　　　　　考** |  |

 **介護予防・日常生活支援総合事業用**