付表２　介護予防・日常生活支援総合事業（通所介護）に係る記載事項

受付番号	

介護保険事業所番号	

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款等の条項		第　　条第　　項第　　号			
管理者	フリガナ 氏名		住所	（郵便番号　　―　　）	
	生年月日				
	届出に係る事務所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
実施単位数		単位			

			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
単位	単位当たりの従業者	常　勤（人）								
		非常勤（人）								
		基準上の必要員数（人）	※		※		※		※	
		適　否	※		※		※		※	
	定　員		人							
	営業日									
	営業時間									

食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	基準上の必要数値	適　否
		※　　㎡以上	※

主な掲示事項	定　員	人	
	営業日		
	営業時間		
	利用料	代理受領分以外	
	その他の費用		
	通常の事業実施地域		

備考　１　「受付番号」欄・※欄には，記入しないでください。

２　「利用料」欄及び「その他の費用」欄は，別に資料を添付することにより，記入を省略することが出来ます。