付表３－２　通所型サービスＡ事業所の指定に係る記載事項（２単位目以降）

|  |  |
| --- | --- |
| ＊受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 単位② | 単位当たりの従業者 |  | 介護職員（従事者） |
| 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| ＊基準上の必要員数（人） |  |  |  |  |
| ＊適合の可否 |  |  |  |  |
| 定　　員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考（年間の休日・サービス提供日） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  |
| 備　　考 |  |
| 単位③ | 単位当たりの従業者 |  | 介護職員（従事者） |
| 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| ＊基準上の必要員数（人） |  |  |  |  |
| ＊適合の可否 |  |  |  |  |
| 定　　員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考（年間の休日・サービス提供日） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  |
| 備　　考 |  |
| 単位④ | 単位当たりの従業者 |  | 介護職員（従事者） |
| 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| ＊基準上の必要員数（人） |  |  |  |  |
| ＊適合の可否 |  |  |  |  |
| 定　　員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考（年間の休日・サービス提供日） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  |
| 備　　考 |  |

備考

１　＊を付した「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

２　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に記載した書類を添付してください。

３　従業者の員数については、総数を記載してください。