

付表2-2

通所型サービスの指定に係る記載事項(複数単位)

受付番号

フリガナ		ツウショカイゴ〇〇〇〇〇											
名称		通所介護〇〇〇〇〇											
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)		1	1	1		4					
		非常勤(人)				1		1	1			1	
		基準上の必要人数(人)											
適合の可否													
主な 揭示事項	定員		XX 人										
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の		年末年始: 12/28~1/3
			休	○	○	○	○	○	○	休	休日		
	営業時間		平日	8:00~		17:00		土曜	8:00~		17:00	日・祝	~
備考			2単位目(13:00~17:00)										
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													