付表6（その2）

通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	

事業所	ふりがな										
	名　称										
一部事業施設数		施設									
一部事業施設	ふりがな										
	名　称										
	所在地	（郵便番号　　　－　　　） 県　　　郡 市									
	連絡先	電話番号		FAX番号							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限		人									
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）										
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡									
主な掲示事項	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	サービス提供時間			延長時間					
添付書類		平面図									
一部事業施設	ふりがな										
	名　称										
	所在地	（郵便番号　　　－　　　） 県　　　郡 市									
	連絡先	電話番号		FAX番号							
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限		人									
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）										
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡									
主な掲示事項	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	サービス提供時間			延長時間					
添付書類		平面図									

備考
1「受付番号」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 一のローテーションにおいて、一部事業を実施する施設を複数有するときは、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。