

第5-2号様式（第3条関係）

指定地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所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											
単位目	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤（人）										
		非常勤（人）									有・無	
	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡								
	利用定員											
	営業時間											
営業日												
サービス提供時間												
単位目	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤（人）										
		非常勤（人）									有・無	
	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡								
	利用定員											
	営業時間											
営業日												
サービス提供時間												
単位目	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		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤（人）										
		非常勤（人）									有・無	
	食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡								
	利用定員											
	営業時間											
営業日												
サービス提供時間												