第２号様式（第３条関係）

付表　事業所登録申請に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 　 |
| 名　　称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 　 |
| 　 |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 当該事業の実施について定める定款・寄附行為等 |  |
| 管理者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 　 |
| 氏　　名 | 　 |
| 住　　所 | 〒 |
| 　 |
| 　 |
| 生年月日 | 　　 |
| 当該事業所における居宅介護従事者との兼務の有無 | ○有　　○無 |
| 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） | 事業所等の名称 |  |
| 事業の種類 |  |
| 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  |
| 　サービス提供　責任者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 　 |
| 氏　　名 | 　 |
| 住　　所 | 〒 |
| 　 |
| 　 |
| 従業者の職種・員数 | (単位：人） | 従業者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 専従 | 兼務 |
| 従業者数 | 常勤 |  |  |
| 非常勤 |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  |
| ※基準上の必要人数 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | □月 　□火 　□水 　□木 　□金 　□土 　□日 |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜日 | ～ | 備考 |
| 日曜日 | ～ | 祝日 | ～ |  |
| 主たる対象者 | □特定なし　□身体障がい者 □知的障がい者□精神障がい者　□障がい児 |
| 利用料 | 　 |
| その他費用 | 　 |
| 通常の事業の実施地域 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| その他参考となる事項 | 第三者評価の実施状況 | □有　　□無 |
| 苦情解決の措置概要 | 連絡先 |  |
| 担当者 |  |

１　「※」のついた欄は、記入しないでください。

２　「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

３　「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記入してください。