

付表2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(共用型)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email					
事業事業種別	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名				
	生年月日				
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称		事業所番号		
	勤務する職種及び勤務時間帯等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数			人		
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)					
非常勤(人)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)				
添付資料	別添のとおり				

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人)				

(別添)

付表 2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式 1
3	管理者の経歴	参考様式 2
4	平面図	参考様式 3
5	設備・備品等一覧表	参考様式 4
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式 5
8	誓約書	参考様式 6
9	誓約書	参考様式 8