(地域密着型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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号	—	)	都	道	市	区	府	県	町	村
	連絡先	電話番号	(内線)					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												
m ²												
利用定員(同時利用)												
人												
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他(年末年始休日等)										
	営業時間											
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:				~	:			
			土曜日	:				~	:			
	日曜日・祝日	:				~	:					
サービス提供時間												
利用定員												
人												
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他(年末年始休日等)										
	営業時間											
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:				~	:			
			土曜日	:				~	:			
	日曜日・祝日	:				~	:					
サービス提供時間												
利用定員												
人												
サービス提供単位6	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
		その他(年末年始休日等)										
	営業時間											
		曜日ごとに異なる場合 記入	平日	:				~	:			
			土曜日	:				~	:			
	日曜日・祝日	:				~	:					
サービス提供時間												
利用定員												
人												