（様式２）

サービス提供予定場所及び従事予定者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス提供  予定場所 | 〒  一宮市 | |
| 事業所名又は  施設名 |  | |
| 1週間の総定員 | 名 | |
| サービス  提供時間 | 曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名  　　　曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名　　　曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名　　　曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名  　　　曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名  曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名  曜日　　　　時　　分　　～　　時　　分　　定員　　名 | |
| サービス提供  会場の概要 | 専　有　面　積 | ㎡ |
| 独立か他サービスとスペースを共有か（どちらかに〇） | 独立・共有 |

従事予定者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 資　格 | 従事するサービス |
|  |  | 通所　・　訪問　・　両方 |
|  |  | 通所　・　訪問　・　両方 |
|  |  | 通所　・　訪問　・　両方 |
|  |  | 通所　・　訪問　・　両方 |
|  |  | 通所　・　訪問　・　両方 |
|  |  | 通所　・　訪問　・　両方 |

※定員数に応じた職員配置基準を満たすこと

※必要に応じて枠を追加すること

※契約時に資格証の写しを提出していただきます

※記載内容に変更があった場合には再提出してください

|  |
| --- |
| ２　施設全体平面図（マーカー等で実施予定会場を明記すること）  ※サービス提供予定会場を他事業と共有で使用する場合は、短期介護予防事業として使用するスペースが分かるようにすること。 |