（様式１）

令和　　年　　月　　日

一宮市長　　　様

法人名

代表者氏名

　　一宮市短期介護予防サービス事業を受託するにあたって、下記のとおり実施します。

サービス提供場所及び従事者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス  提供場所 | 〒  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 |

・通所の場合は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、看護師又は保健師の資格を有した従事者のうち、いずれか１人以上を専任で配置する。また、定員が６人以上10人以下の場合は１人以上、同11人以上20人以下の場合は２人以上、同21人以上の場合は３人以上、サービス提供に適した従事者を追加で配置しなければならない。ただし、サービス提供に適した従事者については、事業の提供に支障がない場合は、同一敷地内の他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

・訪問の場合は、理学療法士、作業療法士又は柔道整復師の資格を有した従事者のうち、１名以上で訪問すること。

・資格証の写しを提出すること。

|  |
| --- |
| 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。 |