**紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業　通所型サービスＡ実施企画書**

|  |
| --- |
| **１　実施事業者等** |
| **（１）実施事業者** |
| 〒　　　　－　　　　住所：事業所名：担当者：電話：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　E-mail： |
| **（２）通常の****営業日** | 　月　　火　　水　　木　　金　　土　　日　　祝日※営業する曜日に○を記載してください。 |
| **（３）委託事業の****営業日** | 　月　　火　　水　　木　　金　　土　　日　　祝日※委託事業を営業する曜日に○を記載してください。 |
| **（４）通　常　の****営業時間** | 平　　　日　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：　　　土　　　曜　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：　　　日曜・祝日　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：　　　 |
| **（５）委託事業の****営業提供時間** | 平　　　日　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：　　　土　　　曜　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：　　　日曜・祝日　　午前・午後　　　　：　　　～　午前・午後　　　　：　　　 |
| **（７）定　　　員** | 人 | **（８） 実施場所の面積** | ㎡ |
| **（９）実施区分** | □２時間以上３時間未満　（ □２単位以上実施 ）　　　　□３時間以上 |
| **（１０）実施予定場所の所在地** |
| 住所：事業所名：電話： |

|  |
| --- |
| **２　担当職員　（事業に従事する職員を全員記入すること）** |
| 区分 | 職種・資格名 | 名前 |
| 管理者 |  |  |
| 従事者 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　管理者について、支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能

※　管理者もしくは従事者について、社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、また、機能訓練指導員など通所型サービスを行う際に必要な能力を有すると認められる者を配置してください。

|  |
| --- |
|  **３　職歴書** |
| **（１）管理者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 名前 |  |  |
| 住所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **（２）従事者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 名前 |  |  |
| 住所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **（３）従事者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 名前 |  |  |
| 住所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **（４）従事者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 名前 |  |  |
| 住所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **（５）従事者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 名前 |  |  |
| 住所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| **（６）従事者** |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 名前 |  |  |
| 住所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| 職務に関する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|  |  |

※有資格者の場合、資格証明書の写しを添付してください。

**必要に応じて欄を追加してください。**