**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)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　　　　： | | |
| **(６)対応可能地域** | 打田地区・粉河地区・那賀地区・桃山地区・貴志川地区・  その他市町村（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※受け入れ可能な市町村名を記載してください。 | | |
| **(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　　　　□３時間以上 | | |
| **(１０)実施予定場所の所在地** | | | |
| 住所：  事業所名：  電話： | | | |
| **(１１)同一敷地内で指定居宅サービス、指定介護予防サービス、指定介護予防通所介護相当サービスまたは通所型サービスＡを実施する場合は、プログラムで分ける方法等それぞれのサービス区分の方法を記載してください。** | | | |
|  | | | |

※同一敷地内で指定居宅サービス、指定介護予防サービス、指定介護予防通所介護相当サービスまたは通所型サービスAをする場合のみ記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(１２)事業の具体的なプログラム** | | | |
| 項目 | 内容 | 経過時間 | 従事職種 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **２　事業内容における事業所独自の特性・工夫** | | | |
| １．事業所の掲げる理念について | | | | |
|  | | | | |
| ２．自立支援に向けたサービスへの取り組みについて | | | | |
|  | | | | |
| ３．総合事業に関連するサービス資源を市民の皆さんに周知にするにあたり、事業所のアピールポイントを簡潔に１００文字以内で記載してください。 | | | | |
|  | | | | |
| ４．サービス分類（主に行っているサービス内容のどれか一つにレ点をつけてください） | | | | |
| □　運動を取り入れている事業所（紀の川歩-てくてく-体操（事業所版）導入する事業所）  □　運動を取り入れている事業所  □　作業レクレーション中心型事業所（絵手紙作成、書道　等）  □　お楽しみレクレーション中心型事業所（カラオケ　等）  ※ 通所事業所を分類別にリスト化し、市ホームページに掲載させていただきます。  ※ 「紀の川歩-てくてく-体操（事業所版）」導入事業所については、マイプランに掲載させていただきます。 | | | | |

|  |
| --- |
| ５．従事者の研修 |
|  |
| ６．すでに指定や委託を受けているサービス |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **３　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、同一敷地内の他の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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **４　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 | | | |
|  | | |  | | | |

※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 | | | |
|  | | |  | | | |

※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 | | | |
|  | | |  | | | |

※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 | | | |
|  | | |  | | | |

※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 | | | |
|  | | |  | | | |

※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 | | | |
|  | | |  | | | |

※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。**