

応募申請書（通所介護）

※記入できる範囲で記入して下さい。

事業所	名称			
	所在地			
担当者 連絡先	氏名		部署・職名	
	電話番号		F A X 番号	
	メールアドレス			
事業 受託期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
事業 計 画 書	【1回あたりの受入人数：最大○名まで可能】		【実施可能回数：週○回、計△回など】	
	【実施曜日及び時間帯など】		【送迎】	
	・毎週_____曜日（週1回の場合）		・送迎可能地域：	
	・毎週_____曜日及び_____曜日（週2回の場合）			
	・時間帯：_____時_____分～_____時_____分			
【職員配置】 中心となる職種、実施時に常時従事する職種など				
【運営方法】 下記の該当する項目へチェックを入れ、必要時、ご記入ください。 ①介護保険サービス（通所介護）とは別で、 <u>別の場所、別の職員</u> を確保して実施 （ ） ②介護保険サービス（通所介護）と <u>同一の時間帯に、空きスペースを活用し、別の職員</u> を確保して実施 （ ） ③介護保険サービス（通所介護）と別の日程に、 <u>同じ場所、同じ職員</u> を確保して実施 （ ） その他				
【自由記載】				