**潟上市介護予防・日常生活支援総合事業　通所型サービスＣ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　　　　：　　　 |
| **(６)対応可能地域** | 天王地区　・　昭和地区　・　飯田川地区 |
| **(７)定　　　　員** | 人 | **(８) 実施場所の面積** | ㎡ |
| **(９)実施予定場所の所在地** |
| 住所：事業所名：電話： |
| **（１０）同一敷地内で指定居宅サービス、指定介護予防通所リハビリサービス、通所型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を実施する場合のみ記載してください。

|  |
| --- |
| **（１１）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50文字以内で記載してください。 |
|  |
| 自由記載欄 |
|  |

|  |
| --- |
| **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 |
| 保健・医療の専門資格を有する者 |  |  |
| 保健・医療の専門資格を有する者 |  |  |
| 従事者 |  |  |
| 従事者 |  |  |
| 従事者 |  |  |

※専門職の指導のもと、補助的に資格を有さない者がサービスを提供に関わる場合も従事者として記載してください。

|  |
| --- |
|  **４　職歴書** |
| **（１）保健・医療の専門資格を有する者** |
| 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）保健・医療の専門資格を有する者** |
| 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 |
|  |  |

※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。**