

(別紙様式 14)

地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 個別機能訓練体制

機能訓練指導員（専従）の勤務状況

氏名	資格	当該指導員のサービス提供従事単位及び時間 (曜日、時間等)

※「当該指導員のサービス提供従事単位及び時間（曜日、時間等）」欄中、「従事単位」については、下記（参考）の①単位、②単位の別を記入してください。

(参考)

地域密着型通所介護サービス提供時間帯

- 1 単位 曜日 \_\_\_\_\_  
時間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_
- 2 単位 曜日 \_\_\_\_\_  
時間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

認知症対応型通所介護サービス提供時間帯

- 1 単位 曜日 \_\_\_\_\_  
時間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_
- 2 単位 曜日 \_\_\_\_\_  
時間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_