

別添様式1

指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する 開始 届出書
※1

年 月 日

(宛先) 旭川市長

法人所在地
名 称
代表者氏名

基本情報	事業所情報	フリガナ		事業所番号							
		名称									
		フリガナ		連絡先							
		代表者氏名									
	所在地										
宿泊サービス	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
	提供時間		その他年間の休日								
	1泊あたりの 利用料金	宿泊	円	夕食	円	朝食	円				
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置できる職員数	人	時間帯での増員 (※2)	夕食介助	: ~ :	人	朝食介助	: ~ :	人	
		配置する職員の保有資格等	看護職員・介護福祉士・左記以外の介護職員・その他有資格者()								
設備関係	個室	合計	床面積(※3)								
		(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	
			(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	
	個室以外	合計	場所(※4)	利用定員	床面積(※3)	プライバシー確保の方法(※5)					
		(室)	()	(人)	(m ²)						
			()	(人)	(m ²)						
			()	(人)	(m ²)						
()	(人)		(m ²)								
消防設備	消火器	有 ・ 無	スプリンクラー設備		有 ・ 無						
	自動火災報知設備	有 ・ 無	消防機関へ通報する火災報知設備		有 ・ 無						

- ※1 事業開始前に届け出ること。
- ※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。
- ※3 小数第二位まで(小数第三位を四捨五入して)記載すること。
- ※4 指定通所介護事業所の設備としての用途を記載すること。(機能訓練室, 静養室等)
- ※5 プライバシーを確保する方法を記載すること。(衝立, 家具, パーテーション等)