

療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	メールアドレス								
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称							
		兼務する職種及び 勤務時間等							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等								第 条 第 項 第 号	
サービス 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		看護補助者							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人(単位ごとの定員) (① ②)							
基準上の必要定員									
設置部分		多目的室(デイルーム) 有 ・ 無							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない				
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者		
		その他							
一体的に管理運営する 他の事業所									
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、実務経験証明書又は実務経験見込申立書、雇用証明書又は雇用確約証明書、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等、誓約書)							

(備考) 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

4 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

5 「※兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。