認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応 型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

	フリガナ	-												
	フリガナ													
事	名 科	ĸ												
業			(郵便番号 –)											
未	所在地		,											
所														
			(ビルの名称											
	連絡先		電話番号	. 1	I I I - I	m// /-	- V. 1:1:	-	FAX番号					
当郡		施に	こついて定めて	こあるえ	正款・ 寄	·附行	「為等の	条		第	条第	項第	号	
	フリガ							(郵位	更番号	亭 -	-)			
	氏						住所	所						
管	名 生年月													
理		所で	で兼務する他の)職種	(兼務の	場合	 かみ記							
			他の事業所と				, , , , , ,				T. 17			
者			美者との兼務	1	名 					事業所	新号			
	(兼務の	場台	かか記入)	j	兼務する	職租	É							
		-]	及び勤務	時間				1				
147	司生活住居		戸		1		(2						
利月	用者数(推		人			人			人					
	文を記入)			∧ =	# /¥ ** ±			\$\frac{1}{2} \frac{1}{2} \frac	<u>κ.</u>		<u>≯</u> + 1/ ⊓+4			
1)上身	従業者の職種・員数			介護従業者			介護従業者 専従 兼務			成担当者				
1	원수#4L (I)			専従	兼	分	専従	ポ	務	専従	兼務			
	常勤(人)													
	非常勤(- 1 /8/ / 1 >											
	常勤換算													
	基準上の		と人数(人)											
	適合の可	<u> </u>												
	居室数			(3+	佃会 5	室 室)	(スナ 個	14	室 室)					
主	利田今日			(うち	他主 =		(うち個	11主						
主な掲示事項	利用定員	/土 😅	三代理受領分			人			人					
景	利用	云 (一	- 割負担分)											
事			三代理受領分											
垻		以夕												
	その他の	費月												
機協	名称 名称						主か	診療和	斗名					
機関力							1.6	12 /ACT	1°H					
	医						主な	診療和	斗名					
		淮	耐ル構造物や	の団	l									
耐火構造物、準耐火構造物等の別 運営推進会議の有無 有・無														
		C.CE	五磯の月無 別添のとおり)	<u>/</u> 13	-	7777							

- 備考 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 - 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様に記載した書類を 添付してください。 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してくだ
 - さい。
 - 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域 密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表 を提出してください。

役員等名簿

(ふりがな)	生年月日	(sp 住	^{がな)} 所
氏 名	役職名・呼称	TEL	FAX
			·

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号	住	所	就労 年月日	就労 形態
		₸			
		₸			
		₸			
		Ŧ			
		Ŧ			

備考1

1 介護支援専門員の資格に基づく職務に従事している者のみ記入すること。 2 就労年月日には、当該事業所において就労を開始した日付を記入すること。 3 就労形態には、「常勤・専従」、「常勤・兼務」、「非常勤・専従」又は「非常勤・ 兼務」のいずれかを記入すること。