

複合型サービス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 -)						
		(ビルの名称等)						
連絡先	電話番号				FAX 番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第	条第	項第	号	
併設施設等	種別	名称		事業所番号				
事業所の種類	病院・診療所・その他		訪問看護事業所の指定		有・無			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	生年月日							
	当該複合型サービス事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
	併設する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称			事業所番号		
		兼務する職種及び勤務時間等						
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)				人				
登録定員	人	通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員		人	
従業者の職種・員数		介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
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)								
適合の可否								
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別							
	居間及び食堂の合計面積		m ²	基準上の必要面積		m ² 以上	適合の可否	
	個室の宿泊室	室	うち床面積 6.4 m ² 以上 7.43 m ² 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)				室	
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	基準上の必要数値	m ² 以上	適合の可否	
主な揭示事項	営業日							
	営業時間							
	登録定員		人					
	通いサービスの利用定員		人					
	宿泊サービスの利用定員		人					
	利用料		法定代理受領分 (一割負担分)					
			法定代理受領分以外					
	食事の提供に要する費用							
宿泊に要する費用								
通常の事業実施地域								
機医協 関療力	名称			主な診療科名				
	名称			主な診療科名				
運営推進会議の有無		有・無						
添付書類		別添のとおり						

