複合型サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

		フリカ	<i>i</i> ナ																	
事		名	称																	
業				–)																
所	所在地 (ビルの名称)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					る定款	• 碧	导附行為	等	の条文		第		条第	与	IJ	頁第		号		
併割	併設施設等種別				名称							-	事業原	業所番号						
事業	業所の種類 病院・診療			診療原	所 ・ その他				訪問看護事業所の指定			宦		有 · 無			ŧ			
	フリガナ									((郵便番号			_))			
kaka	氏 名						住	住所												
管	生年月日																			
理	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)																			
者	Æ	弁設する施設等の従業者と					名称				事業所番号									
	兼務(兼務の場合の							兼務する職種 及び勤務時間												
17.	,)	20	~ 41 HI -	₩ NKI / LII	. 				旬等											
通いサービスの利用者数(推定数を記入) 登録定員 人 通いサービスの								11田定員	1						マのき	£II III 7	구림			人
	登録だ員 人 週 () フ				1 V · 9	介護従業者				うち看護職員			サービスの利用定員 介護支援専門員							
此未	语 少 邮 俚 · 貝 数			· 5 55	_	事従		兼務		 専従	_	兼務	×.	専従		兼務	•			
	岩	常勤(人)				7,70		7114323		3 1/2		71142		3,10		7/11442				
-	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	耐火構造物、準耐火構造物等					等の別														
建 物 構	居間及び食堂の合計面積				㎡ 基準上の必要面積 ㎡以上 適合の可否															
造概要	個室の宿泊室室			う	うち床面積 6.4 ㎡以上 7.4				13 m ³ 未満の宿泊室(病院又は診			診療所	診療所である場合)					室		
要	m m				泊サービスの利用定員から個 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			否				
		営業日																		
		営業時																		
主な掲示事項	登録定員				人															
	通いサービスの利用定員 宿泊サービスの利用定員				全員	人														
					全員	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													<i></i>						
機医胃療	協力	名称									主な診療科名									
		名称	→ 1.6:					<u></u>			Ì	こな診療	科名							
運		推進会				<u>有</u> ・	ž	無												
	济	付書類	Į	別添0)とま	39														

- 備考 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要数値」、「適合の可否」欄には、記入しな 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様に記載した書類を添付して ください。
 - 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、 指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。 「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。

 - 5 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) 氏 名	生 年 月 日 役職名・呼称	雀 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
		T			
		Ŧ			
		T			
		Ŧ			
/# #					_

- 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。 備考
 - 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。