

付表第二号(八) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) 都道 市区 府県 _____ 町村 _____										
連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号				
	Email											
施設の区分 (該当に○)	有料老人ホーム					施設開設年月日						
	軽費老人ホーム											
	サービス付き高齢者向け住宅											
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
	当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称			事業所番号						
協力医療 機関	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	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)												
利用者数(推定数を記入)		人				(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)						
要介護者		人										
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
入居定員		人										
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物			<input type="checkbox"/> 準耐火建築物			<input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり										

- 備考
- 1 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(参考) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療 機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	