

付表8 複合型サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
Email						
併設施設等	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設					
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
	名称			事業所番号		
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏名					
	生年月日					
	事業所内の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		職種		
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業所の名称		
事業所番号						
療協 機力 関医	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		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)						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報						
居間及び食堂の合計面積				㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積				㎡		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡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				㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 室
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
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				
添付資料		別添のとおり				

(複合型サービス事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
Email						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居間及び食堂の合計面積				㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積				㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 ㎡
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
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				

(別添)

付表 8 複合型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式 1
3	平面図	参考様式 3
4	設備・備品等一覧表	参考様式 4
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式 5
7	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	
8	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
9	誓約書	参考様式 6
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式 7
11	誓約書	参考様式 8