

付表3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護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 都市					
	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 <input type="checkbox"/> 介護医療院						
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )	
	氏名						
	生年月日						
	当該小規模多機能型居宅介護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			
	勤務する職種及び勤務時間帯等						
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		㎡		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	
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					

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を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 都市				
	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