

(表)

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業者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 — )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文						第	条第	項第	号			
管理者	フリガナ				住所・連絡先	(郵便番号 — )						
	氏名					電話番号			FAX番号			
	生年月日											
	他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)											
	当該特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所内での他の職務との兼務		職種									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間									
介護専用型との区分(該当施設に○)		介護専用型		介護専用型以外		外部委託型との区分(該当施設に○)		外部委託型		外部委託型以外		
施設区分(該当施設に○)		有料老人ホーム		軽費老人ホーム		養護老人ホーム		施設開設年月日 年 月 日				
利用者の推定数		人 (前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)										
		要介護者		人		要支援者		人				
従業員	生活相談員		看護師・准看護師		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		
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
建物の構造概要	建物の構造											
	耐火建築物・準耐火建築物の別			耐火建築物		準耐火建築物						
	介護居室の1室当たりの最大定員			人								
主な揭示事項	入居定員		人		※施設全体の定員及び居室数(介護居室でないものは除く。)							
	居室数		室									
	利用料		法定代理受領分			介護報酬告示上の額						
			法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額						
その他の費用		運営規程に定めるとおり										
療協機関 力医	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。(裏面に続く。)												