付表４　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活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　　　－　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 管　　理　　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職(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 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力医療機関 | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 |
| 共同生活住居数 | 戸 | ① | ② |  |  |
| 従業者の職種・員数 | 介護従事者 | 介護従事者 | 計画作成担当者 |  |
| 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 | 人 | 人 |  |  |
| 利用定員 | 人 | 人 |  |  |
| 〇設備に関する基準の確認に必要な事項 |
| 建物の構造 | 　□耐火建築物　　　　□準耐火建築物　　　　□その他 |  |
| 添付資料 | 別添のとおり |