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 | | | | | | | | | | | | | |