

訪問入浴サービス事業所の登録に係る記載事項

事業所	フリカサ																	
	名称																	
	所在地		〒 -															
	連絡先		電話番号						FAX番号									
	当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為又は条例等								第		条		項		号			
管理者	フリカサ																	
	氏名																	
	住所		〒 -															
	兼務がある場合		申請に係る訪問入浴事業所で兼務する他の職種						兼務する同一敷地内の他の事業所または施設 事業所または施設の名称						兼務する職種			
従業者			生活支援員		介護職員		その他従業員											
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤（人）																	
	非常勤（人）																	
	常勤換算後の人員数（人）																	
	基準上の必要人員数（人）																	
	適否																	
施設・設備等	利用定員		人															
	建物の構造・概要		構造								延べ床面積		㎡					
	居室	居室等の数		室						居室以外	食堂		浴室		洗面設備		便所	
		1室の最大定員		人														
		利用者1人当たりの最小床面積		㎡														
		適否																
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	備考（その他の年間の休日）								
	営業時間		平日				～				土曜							
			日曜・祝日				～				備考							
	主たる対象者		身体障害者				知的障害者				障害児				精神障害者			
	利用料																	
	その他の費用																	
	その他参考事項		第三者評価の実施の有無						苦情解決の措置の概要									
						窓口（連絡先）				担当者								
		その他																
バックアップ施設		名称						施設の種別										
協力医療機関		名称						診療科目										

移動支援事業所の登録に係る記載事項

事業所	フリカナ																	
	名称																	
	所在地		〒		-													
	連絡先		電話番号						FAX番号									
	当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為又は条例等								第	条	項	号						
管理者	フリカナ																	
	氏名																	
	住所		〒		-													
	兼務がある場合		申請に係る移動支援事業所で兼務する他の職種						兼務する同一敷地内の他の事業所または施設 事業所または施設の名称						兼務する職種			
従業者			生活支援員		介護職員		その他従業員											
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤（人）																	
	非常勤（人）																	
	常勤換算後の人員数（人）																	
	基準上の必要人員数（人）																	
	適否																	
施設・設備等	利用定員		人															
	建物の構造・概要		構造							延べ床面積		㎡						
	居室	居室等の数		室						居室以外	食堂		浴室		洗面設備		便所	
		1室の最大定員		人														
		利用者1人当たりの最小床面積		㎡														
		適否																
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	備考（その他の年間の休日）								
	営業時間		平日				～			土曜								
			日曜・祝日				～			備考								
	主たる対象者		身体障害者				知的障害者				障害児				精神障害者			
	利用料																	
	その他の費用																	
	その他参考事項		第三者評価の実施の有無						苦情解決の措置の概要									
									窓口（連絡先）						担当者			
		その他																
バックアップ施設		名称						施設の種別										
協力医療機関		名称						診療科目										

日中一時支援事業所の登録に係る記載事項

事業所	フリカナ																	
	名称																	
	所在地		〒		-													
	連絡先		電話番号						FAX番号									
	当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為又は条例等								第	条	項	号						
管理者	フリカナ																	
	氏名																	
	住所		〒		-													
	兼務がある場合		申請に係る日中一時支援事業所で兼務する他の職種						兼務する同一敷地内の他の事業所または施設 事業所または施設の名称 兼務する職種									
従業者			生活支援員		介護職員		その他従業員											
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤（人）																	
	非常勤（人）																	
	常勤換算後の人員数（人）																	
	基準上の必要人員数（人）																	
	適否																	
施設・設備等	利用定員		人															
	建物の構造・概要		構造							延べ床面積		㎡						
	居室	居室等の数		室						居室以外	食堂	浴室	洗面設備	便所				
		1室の最大定員		人														
		利用者1人当たりの最小床面積		㎡														
		適否																
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	備考（その他の年間の休日）								
	営業時間		平日				～			土曜								
			日曜・祝日				～			備考								
	主たる対象者		身体障害者				知的障害者				障害児				精神障害者			
	利用料																	
	その他の費用																	
	その他参考事項		第三者評価の実施の有無						苦情解決の措置の概要									
									窓口（連絡先）				担当者					
			その他															
バックアップ施設		名称						施設の種別										
協力医療機関		名称						診療科目										