

訪問入浴サービス事業所の登録に係る記載事項

事業所	フリカナ															
	名 称															
	所 在 地	〒	-													
	連絡先	電 話 番 号					F A X 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				m ²					
	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				m ²										
		適否														
主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	備考（その他年間の休日）							
	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																
バッカアップ施設	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	フリカヽナ 名 称																
	所 在 地	〒	-														
	連 絡 先	電 話 番 号					F A X 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	フリカヽナ 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）																
施設・設備等	適否																
					人												
	利用定員				構造		延べ床面積				m ²						
	居室	建物の構造・概要				室		居室以外	食堂		浴室		洗面設備		便所		
		居室等の数				室											
		1室の最大定員				人											
利用者1人当たりの最小床面積				m ²													
適否																	
主な掲示事項	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	備考（その他年間の休日）							
	営 業 時 間		平 日	～			土 曜										
	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				
バッカアップ施設		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	フリカッタ 名 称														
	所 在 地	〒	-												
	連絡先	電 話 番 号					F A X 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	フリカッタ 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	m ²				
	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				m ²									
		適否													
主な掲示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	備考（その他年間の休日）						
	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				
バッカアップ施設	名 称					施設の種別									
協 力 医 療 機 関	名 称					診療科目									