

年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者氏名

㊞

指定地域密着型通所介護事業所における夜間及び深夜の指定地域密着型通所介護以外のサービスの提供に関する
開始(変更)届出書

基本情報	事業所情報	ふりがな			事業所番号							
		名称										
		ふりがな			連絡先	— —						
		代表者氏名				(緊急時) — —						
	所在地	(〒)										
宿泊サービス	宿泊サービスの開始(変更)予定年月日											
	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日		
	提供時間	: ~ :	その他年間の休日									
	1泊当たりの利用料金	宿泊		夕食			朝食					
		円		円			円					
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員	夕食介助	: ~ :	人	朝食介助	: ~ :	人		
		配置する職員の保有資格等	看護職員 ・ 介護福祉士 ・ 左記以外の介護職員 ・ その他の有資格者 ()									
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積								
			室	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²		
		個室以外	合計	場所	利用定員	床面積	プライバシー確保の方法					
			室			人	m ²					
						人	m ²					
					人	m ²						
				人	m ²							
消防設備	消火器	有 ・ 無		スプリンクラー設備		有 ・ 無						
	自動火災報知設備	有 ・ 無		消防機関へ通報する火災報知設備		有 ・ 無						

備考1 床面積に小数点以下3位未満の端数があるときは、これを切り捨てること。

2 場所欄は、機能訓練室、静養室等の指定地域密着型通所介護事業所の設備としての用途を記載すること。

3 プライバシー確保の方法欄は、衝立、家具、パーテーション等のプライバシーを確保するための方法を記載すること。

(A4)