

(様式8)

法人名()

実施予定事業		特定施設入居者生活介護										
管 理 者	フリガナ				住 所	(郵便番号)						
	氏 名											
	生年月日											
	事業所内の従業者との兼務の有無				(有・無)	(職種 :)						
	他事業所の従業者との兼務の有無				(有・無)	事業所の名称						
					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						
		名称				主な診療科名						
従業員の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常 勤 (人)										
		非常勤 (人)										
従業者計 (人)												
建物の構造		耐火建築物			準耐火建築物			その他				
入居定員		人										
利用者数		人 (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)										
		要介護者			人			要支援者			人	

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。