## 付表3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

	フリガナ									
事	名 称									
業		(郵便番号	_	)						
*	所在地		県		郡市					
所						•				
	連絡先	電話番号				FAX 番号				
	Æ1470	Email								
併設施設等		□認知	□認知症対応型共同生活介護事業所		□地域密着型特定施設		□地域密着型介護老人福祉施設			
		□介護療養型医療施設		□介護医療院						
	フリガナ					(郵便番号		_	)	
l	氏 名				住所					
管	生年月日									
理	当該小規模多機能型居宅介護 理 (兼務の場合の			する他の職種 						
者	124 = 0	1 7 ±= = 1.45 o /	· * *   * * *	·L	名称			事業所 番号		
併設		设する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)			兼務する職種			ш.,		
					及び勤務時間等					
協力医	名称				主な診療科名			-	-	
療機関	名称				主な診療科名					
〇人員に	関する基準の確認	2に必要な事項								
従業者の職種・員数			介護従	業者		うち看護職員 介護支援専門員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常 勤(人)										
非常勤(人)					i i				_	
常勤換算後の人数(人) 通いサービスの利用者数(推定数を記入)										
				人						
	関する基準の確認		I	m <sup>*</sup>	l					
居間及び食堂の合計面積 個室以外の宿泊室の合計面積					字池サービス/	の利用中島から	佃会の宝品物	r 士、定式 \* +_ 米h	m <sup>*</sup>	
<u>恒至以外の伯汨至の告計</u> 画慎   登録定員				m <sup>*</sup>	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 ㎡					
□ ・				人	宿泊サービスの利用定員 人					
建物の構造						□ □ 準耐火建築物				
添付書類 別添のとおり			L おり	山삐人姓来物	口子删入是未初					
(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する										
	記載事項)	↑護事業所・グ	<b>下護予防</b> 小別	見模多機能型	!居宅介護事	<b>業所を事業</b> 所	<b>小</b> 所在地以:	外の場所で一	-部実施する	
	フリガナ									
事	名 称	(郵便番号								
Alle		)								
業	所在地		県	県郡市						
所	連絡先	高 <del>红</del> 亚口	<u> </u>				<u> </u>			
		電話番号				FAX 番号				
□ Email Email Email □ Email □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □										
	関9の基準の確認 B間及び食堂の合			m²						
				m <sup>1</sup>	宿泊サービスの	の利田定員から	個字の定員数	を減じた数	m <sup>²</sup>	
個室以外の宿泊室の合計面積 登録定員										
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・				7	定泊サービフの	7利田中昌				

- 備考

□耐火建築物

建物の構造

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。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

□準耐火建築物

□その他