

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
	連絡先	電話番号				FAX 番号					
Email											
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )						
	氏名										
	生年月日										
	他の職務との兼務の状況 (兼務がある場合のみ記入)										
	当該施設内で兼務する他の職務との兼務		職種								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務	事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所生活介護の実施の有無			有・無	事業の実施形態		空床型 ・ 併設型					
入所者の推定数		人		短期入所利用者の推定数(併設型の場合)			人				
従業者の職種・員数				医師		生活相談員		介護職員		看護師・准看護	
				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
				栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
				介護老人福祉施設				短期入所生活介護			
設備基準上の数値記載項目等											
居室		1室の最大定員				人				人	
		入所者1人あたりの最小床面積				㎡				㎡	
食堂と機能訓練室の合計面積						㎡				㎡	
廊下		片廊下の幅				m				m	
		中廊下の幅				m				m	
入所定員		人									
協力医療機関	名称				診療科名						
	名称				診療科名						
	名称				診療科名						
	名称				診療科名						

- 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に記入した書類を添付すること。  
 2 ※印の欄は、同施設の他の職務を兼ねる職員又は短期入所生活介護以外の併設事業所との兼務を行う職員がある場合について記載すること。  
 3 短期入所生活介護を実施している場合は、「事業の実施形態」の欄には、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付すこと。  
 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備基準上の数値記載項目等」の欄については、記載をしないこと。