

付表3 小規模多機能型居宅介護事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地		(郵便番号 -)					
	連絡先		電話番号			FAX番号		
	Email							
併設施設等	種別				名称		事業所番号	
管理者	フリガナ							
	氏名		住所 (郵便番号 -)					
	生年月日							
	他の職務との兼務状況 (兼務がある場合のみ記入)							
	当該小規模多機能型居宅介護事業所内で の他の職務との兼務		職種					
	同一敷地内の他の事業 所又は施設の職務との 兼務		事業所名称		事業所番号			
		兼務する職種 及び勤務時間等						
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)					人			
登録定員	人		通いサービスの利用定員	人		宿泊サービスの利用定員	人	
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)								
常勤換算後の人数(人)								
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別							
	居間及び食堂の合計面積		m ²					
	個室の 宿泊室	室	個室以外の 宿泊室の合 計面積	m ²	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		
協力医療 機関	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、又は別に記載した書類を添付してください。
- 2 「併設施設等」欄には、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設の別を記載してください。
- 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。