

付表4

認知症対応型共同生活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	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
Email						
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏名					
	他の職務との兼職の状況(兼務がある場合のみ記入)					
	当該認知症対応型共同生活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			
共同生活住居数		ユニット				
ユニット別情報						
① ユニット	管理者氏名		計画作成担当者氏名			
	介護従事者	専従		兼務		利用者の推定数
		常勤(人)				利用定員
		非常勤(人)				居室数
		常勤換算後の人数(人)				うち個室
② ユニット	管理者氏名		計画作成担当者氏名			
	介護従事者	専従		兼務		利用者の推定数
		常勤(人)				利用定員
		非常勤(人)				居室数
		常勤換算後の人数(人)				うち個室
協力医療機関	名称			診療科名		
	名称			診療科名		
	名称			診療科名		
耐火構造物、準耐火構造物等の別						

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
 2. 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」の欄に併せて記載すること。