**付表４**

**認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | 住　所 | | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | 名　称 | |  | | | | | | | | | 事業所番号 | | |  | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共同生活住居数 | | | | 戸 | | | | | | ① | | | | | ② | | | | | | |  | | |  |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | | | 介護従事者 | | | | | 介護従事者 | | | | | | | 計画作成担当者 | | |
| 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）** | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 利用者数  （推定数を記入） | | | | 人 | | | | | | 人 | | | | | 人 | | | | | | |  | | |
| 利用定員 | | | | | | | | | | 人 | | | | | 人 | | | | | | |  | | |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造 | | | | | | | □耐火建築物　　　□準耐火建築物　　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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、又は別葉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。