|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 開設予定日 |  |
| 開設予定区 |  |
| 開設サービス種類 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 廃止新規 ※ | 有（法人名：　　　　　　　　　　　　　　　）  （事業所名：　　　　　　　　　　　　　　）  （事業所番号：　　　　　　　　　　　　　）  　無 |
| 併設サービスの有無 | 有（サービス種別：　　　　　　　　　　　　）  　無 |
| 物件 | 所有　　　　賃貸 |
| 建築基準法等に関する事項 | 検査済み証等にて確認済み　確認中　未実施 |
| 消防法に関する事項 | 検査済み証等にて確認済み　確認中　未実施 |

※　事業譲渡など新規開設にあたり廃止（または休止）する事業所がある場合、「有」にチェックを入れてください。

----------------------------------------------------------------------

**下記に該当するサービスはあわせてご回答ください。**

居宅介護支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者：主任介護支援専門員研修 | 修了済　　　　未修了 |

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護

|  |  |
| --- | --- |
| 定員数 | （　　　　　　　　）人 |

小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者：認知症対応型サービス事業開設者研修 | 修了済　　　　未修了 |
| 管理者：認知症対応型サービス事業管理者研修 | 修了済　　　　未修了 |
| 介護支援専門員：  小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 | 修了済　　　　未修了 |
| 定員数 | 登録（　）人  通い（　）人　　宿泊（　）人 |

常勤換算数方法に基づく人員基準があるサービス（訪問介護・訪問看護など）

|  |  |
| --- | --- |
| 該当職種の配置予定人員数 | 常勤　（　　　）名 → 管理者兼務 有　無  非常勤（　　　）名 |

その他、追加の確認をさせていただく場合がございます。ご了承ください。