|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 開設予定日 |  |
| 開設予定区 |  |
| 開設サービス種類 | 介護予防支援 |
| 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 |

※　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。

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

**下記についてあわせてご回答ください。**

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

※管理者が主任介護支援専門員でない場合、指定を受けることができません。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援専門員の配置予定人員数 | 常勤　（　　　）名 → 管理者兼務 [ ] 有　[ ] 無非常勤（　　　）名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防支援事業の運営に当たっては、地域包括支援センターとの連携に努めなければならない。例）利用者の情報の提供等 | [ ] 　理解した |

↑　確認のうえ、チェック願います。

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。