開設事業所概要ファイル（介護予防支援）
※居宅介護支援事業者の方向け

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。