

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項届

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										
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業所の名称							
			兼務する職種及び勤務時間等		-----						
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)		名称									
		住所		(郵便番号 -)							
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス							
		専従	兼務	専従	兼務	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)											
添付書類		別添のとおり									

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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									

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、遮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ください。
 2 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項届

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								
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
オペレーションセンターのか所数				か所					
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤（人）							
非常勤（人）									
添付書類		別添のとおり							

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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									

- 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 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項届

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				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
者	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			
		兼務する職種及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤（人）					
非常勤（人）					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ）				
利用定員	人（単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人）				
添付書類	別添のとおり				

（地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

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			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ）				
利用定員	人（単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人）				
添付書類	平面図				

- 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

様式第4（第2条関係）

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項届（単独型・併設型）

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						
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該認知症対応型通所介護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	-----			
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常勤(人)						
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²				
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)					
添付書類	別添のとおり					

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				

- 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合のみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項届（共用型）

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			
本体事業種別	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
管理者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日				
	住所	(郵便番号 -)			
	当該認知症対応型通所介護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	-----			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		人			
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)					
非常勤(人)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				

- 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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項届

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			
併設施設等	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院			
管理者	フリガナ			
	氏名	住所 (郵便番号 -)		
	生年月日			
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	併設する施設等の従業者との兼務 (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			
療協機力関医	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				
従業者の職種・員数		介護従業者	うち看護職員	介護支援専門員
		専従	兼務	専従
	常勤(人)			
	非常勤(人)			
	常勤換算後の人数(人)			
通いサービスの利用者数(推定数を記入)		人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報				
居間及び食堂の合計面積		㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数
登録定員		人		
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		
添付書類	別添のとおり			

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

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			
○設備に関する基準の確認に必要な情報				
居間及び食堂の合計面積		㎡		
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数
登録定員		人		
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		

- 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。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

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届

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		
	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	介護従業者		介護従業者		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	<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> 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様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。

地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項届

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								
施設の区分 (該当に○)	有料老人ホーム				施設開設年月日					
	軽費老人ホーム				施設開設年月日					
	サービス付き高齢者向け住宅				施設開設年月日					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)				
	氏名									
	生年月日									
	当該特定施設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 (兼務の場合記入)	名称				事業所番号				
	兼務する職種及び勤務時間等		-----							
医療協力関係	名称				主な診療科名					
	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										
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	専従	兼務	専従	兼務	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 (前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)								
要介護者		人								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
入居定員		人								
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> 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様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。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所の指定に係る記載事項届

施設	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								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体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								
本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
短期入所生活介護の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業の実施形態	<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型					
療協 機力 関医	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									
従業者の職種・員数		医 師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)								
	非常勤 (人)								
常勤換算後の人数 (人)									
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専 従	* 兼務	専 従	* 兼務	専 従	* 兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)								
	非常勤 (人)								
常勤換算後の人数 (人)									
入所者数 (推定数を記入)	人			短期入所利用者数 (併設型の場合)	人 (推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	人			人				
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡			㎡				
食堂と機能訓練室の合計面積		㎡			㎡				
廊下	片廊下の幅	m			m				
	中廊下の幅	m			m				
入居定員		人							
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様に記載した書類を添付してください。
 2 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態 (空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 3 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。
 4 従業者の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う職員について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。

複合型サービス事業所の指定に係る記載事項届

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					
併設施設等	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設					
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション			
	名称		事業所番号			
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)		
	氏名			住所		
	生年月日					
	事業所内の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(職種 :)			
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所の名称		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等				
療協機力関医	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						
従業者の職種・員数						
		介護従事者	うち看護職員	介護支援専門員		
		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）						
通いサービスの利用者数（推定数を記入）		人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居間及び食堂の合計面積		m ²				
個室の宿泊室		室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室（病院又は診療所である場合）		室	
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり				

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

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					
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居間及び食堂の合計面積		m ²				
個室の宿泊室		室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室（病院又は診療所である場合）		室	
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				

- 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。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項届

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					
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)		名称			
			兼務する職種 及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数 (人)		介護支援専門員				
		専 従		兼 務		
		常 勤 (人)				
		非常勤 (人)				
事業開始時の利用者の推定数					人	
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様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。

様式第 1 2 (第 2 条関係)

指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項届

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		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	生年月日					
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無					有・無
	地域包括支援センターの 従業者との兼務(兼務の場合 合記入)	名称			兼務する職種 及び勤務時間等	
事業開始時の利用者の推定数		人				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		その他の職員(事務職員等)		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		常 勤(人)				
非常勤(人)						
主な 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	利用料	法定代理受領分以外				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
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様に記載した書類を添付してください。

- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号)第2条に規定する担当職員の員数を記載してください。