

更新に係る申出事項

介護保険 事業者番号		0	2								事業所名		
管理者	(フリガナ) 氏名						生 年 日 月 日	明大 昭平	年 月 日	役職名			
	(フリガナ) 住所	〒								都道 府県	市 郡	町 村	
	連絡先	電 話 番 号					FAX 番号						
	兼務の 有 無	同一事業所内		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		兼務職種							
同一敷地内 他事業所等		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		事業所名									
				兼務職種									
				勤務時間									
施設区分等		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム					施設開設年月日	昭 平		年 月 日			
							入居者要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型		<input type="checkbox"/> 介護専用型以外			
							サービス提供形態	<input type="checkbox"/> 一般型		<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型			
利用者数		人		要介護者		人		要支援者		人			
建物の構造・概要		建物の構造			<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物			介護居室1室の最大定員		人			
従業者	区 分	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	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
	非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
常勤換算		人		人		人							
その他 (揭示事項等)	利用定員	人		居室数		室							
	通常の事業 実施地域	①		②		③		④		⑤			
		備考											
	協力医 療機関	名 称					主な診療科名						
		名 称					主な診療科名						
名 称					主な診療科名								

<注> 1 ※印欄には、記入しないでください。
 2 □印のある項目については、該当するものをチェックして下さい。