

51 介護老人福祉施設

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	なし	あり	兼務職種						
同一敷地内 他事業所等		なし	あり	事業所名							
				兼務職種							
	勤務時間										
入所者数	人										
短期入所生活介護の有無	なし	あり	事業の実施形態	空床型	併設型	短期入所利用者数(併設型の場合)	人				
ユニット体制	全部ユニット型		一部ユニット型		ユニットなし						
従業者	区分	医師		生活相談員		介護職員		看護職員		栄養士	
		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		人	
	区分	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						
	常勤	人	人	人	人						
非常勤	人	人									
常勤換算	人		人								
設備	区分		介護老人福祉施設				短期入所生活介護				
	1室の最大定員		人				人				
	入所者1人あたり最小床面積		㎡				㎡				
	食堂及び機能訓練室面積		㎡				㎡				
	片廊下の幅		m				m				
中廊下の幅		m				m					
その他 (揭示事項等)	区分		介護老人福祉施設				短期入所生活介護				
	入所(利用)定員		人				人				
	利用料等	法定代理受領分(-割負担分)									
		法定代理受領分以外									
その他の費用											

<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。