付表 8　看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
併設施設等		□ 認知症対応型共同生活介護事業所　□ 地域密着型特定施設　□ 地域密着型介護老人福祉施設 □ 介護療養型医療施設			
訪問看護事業所の指定の有無		□ 有　□ 無	種別	□ 病院　□ 診療所　□ 訪問看護ステーション	
		名称		事業所番号	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	事業所内の従業者との兼務の有無	□ 有　□ 無	（職種：　　）		
	他事業所の従業者との兼務の有無	□ 有　□ 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		
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

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	㎡			
個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡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	㎡	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	□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ その他			
添付書類	別添のとおり			

（ 看護小規模多機能型居宅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の記載事項）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　市			
	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	㎡			
個室の宿泊室	室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡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	㎡	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	□ 耐火建築物　□ 準耐火建築物　□ 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。