

第 10 号様式（第 3 条関係）

指定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

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 — ) 都道 郡市 府県 区					
	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 <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			(郵便番号 — )			
	氏名			住所			
	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			
従業者の職種・人数		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				
居間及び食堂の合計面積		m <sup>2</sup>					
個室以外の宿泊室の合計面積		m <sup>2</sup>		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					
営業日							
営業時間							
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、又は別様に記載して書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付書類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合（いわゆる出張所）で一部実施する場合、第 11 号様式に所在地等を記載してください。また、従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載してください。