

第 12 号様式（第 3 条関係）

指定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

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						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)			
	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			
共同生活住居数	戸	①		②				
従業者の職種・人数	介護従事者		専従		兼務		計画作成担当者	
			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				
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。