

第 15 号様式（第 3 条関係）

指定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 - ) 都 区						
	連絡先	電話番号				FAX 番号		
Email								
併設施設等	<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							
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(職種 : )				
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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			
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)								
通いの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		㎡						
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		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他						
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 16 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。