

様式第4号（第7条関係）

指定第1号通所事業所における宿泊サービスの開始等
 開始
 変更
 休止 廃止
 届出書（※1）

平成 年 月 日

五所川原市長

法人所在地
 名称
 代表者氏名

印

基本情報	フリガナ				事業所 番号													
	名称																	
	フリガナ				連絡先	-		-										
	責任者氏名				(緊急時)	-		-										
	所在地		(〒 -)															
	宿泊サービスの開始・廃止・休止予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)			平成		年		月		日								
宿泊サービス	利用定員			提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝						
	提供時間	:	~	:	その他年間の休日													
	1泊当たりの 利用料金	宿泊			夕食			朝食										
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	:	~	:	人	朝食介助	:	~	:	人				
		配置する職員の保有資格等	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 左記以外の介護職員 <input type="checkbox"/> その他有資格者()															
設備関係	個室	合計	床面積(※3)															
		室	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²		
	個室以外	合計	場所(※4)	利用定員	床面積(※3)		プライバシー確保の方法(※5)											
		室		人	m ²													
				人	m ²													
			人	m ²														
	人		m ²															
消防設備	消火器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		スプリンクラー設備		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		消防機関へ通報する火災報知設備		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												

- ※1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ記載してください。
- ※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要です。
- ※3 小数点第二位まで(小数点第三位以下を切り捨て)記載してください。
- ※4 指定通所介護事業所の設備としての用途を記載してください。(機能訓練室、静養室等)
- ※5 プライバシーを確保する方法を記載してください。(衝立、家具、パーテーション等)