

(別添様式)

指定通所介護事業所等における宿泊サービス実施に関する

開始  
変更  
休止・廃止  
※1  
届出書

平成 年 月 日

秋 田 県 知 事 あて

法人所在地  
名 称  
代表者氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ			事業所 番号						
		名称				連絡先 (緊急時)	-	-			
		フリガナ			-		-				
		代表者氏名			-		-				
	所在地										
宿泊サービス	宿泊サービスの開始・変更・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								
	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
	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	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	看護職員・介護福祉士・左記以外の介護職員・その他有資格者( )									
設備関係	個室	合 計	床面積(※3)								
		( 室)	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )				
	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 <sup>2</sup> )						
			( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
			( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
			( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
	消防設備	消火器	有 ・ 無	スプリンクラー設備		有 ・ 無					
		自動火災報知設備	有 ・ 無	消防機関へ通報する火災報知器		有 ・ 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すること。

※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※3 小数第二位まで(小数第三位を四捨五入して)記載すること。

※4 指定通所介護事業所等の設備としての用途を記載すること。(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すること。(衝立、家具、パーティション等)