

付表第一号(三) 有料老人ホームの設置の届出に係る記載事項

施設	法人番号										
	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号) 都 道 市 区 府 県 町 村									
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
	Email										
介護サービスの提供有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		管理者		生活相談員		栄養士		調理員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	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)											
		看護職員		機能訓練指導員							
		専従	兼務	専従	兼務						
		常 勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
居室	利用者1人あたりの最小床面積					m ²					
廊下	片廊下の幅					m					
	中廊下の幅					m					
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									