

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　一　　都　道　府　県　　市　区　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									