

(別紙様式)

指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する

開始
変更
休止・廃止
※1

届出書

平成 年 月 日

宮城県知事 殿

法人所在地

法人名称

代表者氏名



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・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							
		円	円	円							
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				
		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	宿泊室	個室	合計	床面積(※3)							
			(室)	(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	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 報知設備			有 ・ 無				

※1 事業開始前に届出ること。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)。