

(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  
※  
届出書

年 月 日

千葉県知事 様

法人所在地  
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										
		フリガナ			連絡先	— —						
		代表者氏名				(緊急時) — —						
		所在地	(〒 — )									
宿泊サービス	利用定員	フリガナ	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	円	夕食	円	朝食	円				
		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)	年 月 日									
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 <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( 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> )										
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 小数点第二位まで (小数点第三位以下を切り捨て) 記載すること。
- ※4 指定通所介護事業所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、パーテーション等)