

(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

令和 年 月 日

香川県知事 殿

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									
	フリガナ		連絡先	— — (緊急時)							
	代表者氏名			— —							
	所在地	(〒 — )									
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・令和 年 月 日								
宿 泊 サ ー ビ ス	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泊あたりの 利用料金	宿泊	円	夕食	円			朝食	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 <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 時間帯で増員を行っていない場合は記載不要。
- ※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)