付表4　認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名　称							
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市						
	連絡先	電話番号		FAX 番号				
		Email						
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）			
	氏名							
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	名称			事業所番号			
		兼務する職種及び勤務時間等						
協力医療機関	名称			主な診療科名				
	名称			主な診療科名				
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
共同生活住居数	戸	①		②				
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者		
		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）							
利用者数(推定数を記入)	人	人		人				
利用定員		人		人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
建物の構造	□耐火建築物　□準耐火建築物　□その他							
添付書類	別添のとおり							

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。