**介護保険施設等概要**

上尾市長 様

住　　所

申出者 法人名

代表者又は予定者の職氏名 　　　　　　　　印

担当者名

電話番号

メールアドレス

次のとおり、介護保険施設等の概要を報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　種　別 |  | | |
| 施設名 |  | | |
| 計画予定地 | 上尾市 | | |
| 開設予定年月日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 箇所又は  床数 |  | 定　　　員 |  |
| 従業員数 | 管理者　　　　　人　　　機能訓練指導員　　　　人  合計　　名　生活相談員　　　人　　　その他（役職：　　　　）  　　　　　　介護職員　　　　人　　　　　　　　　　　　　　人 | | |
| 送迎 | あり（運転手：　　人）・なし | | |
| 勤務時間  サービス提供時間  送迎時間 | ：　　～　　：　　（　　時間）  ：　　～　　：　　（　　時間）  ：　　～　　： | | |
| 受付休業日 |  | | |