＜別紙１＞

認知症対応型共同生活介護用

地域密着型サービス事業所指導提出資料

記 入 日（　令和　　年　　月　　日　）

事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

サービス（（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

記入者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

○時間帯の設定　※事業所が設定しているもの

日中の時間帯　　　　（　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　）

夜間及び深夜の時間帯（　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　）

○職員数の状況（指導予定前月実績の実人数を記入して下さい）

・１日あたりの常勤職員の勤務時間数（　　　　時間　）うち日中（　　　　時間　）

・管理者

（　　　名　）

　（兼務　有　・　無　　※兼務有の場合の職種（　　　　　　　　　　））

・計画作成担当者

（　　　名：内介護支援専門員　　　名　）

　（兼務　有　・　無　　※兼務有の場合の職種（　　　　　　　　　　））

・介護従業者

（　　　名　）

・夜勤職員配置（　　　名　勤務時間：　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　）

○利用者数等の状況

・定員数　（　　　名　）

・利用者数（　　　名　）

※添付資料

①別紙A　従業員情報一覧表

②別紙B　体制状況一覧

┗　様式は香芝市公式ホームページからもダウンロードできます。

　（https://www.city.kashiba.lg.jp/soshiki/22/29755.html）