＜別紙１＞

地域密着型特養用

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（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

記入者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

○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）※施設全体数を記入

※本体施設の職員により入所者の処遇が適切に行われると認められる職種で配置していない場合は、0名と記載して下さい。

１日あたりの常勤職員の勤務時間数（　　　　時間　）

・医師（　　　名　）

・生活相談員（　　　名　）

・介護職員又は看護師若しくは准看護師（　　　名：内看護師若しくは准看護師　　　名　）

・栄養士（　　　名　）

・機能訓練指導員（　　　名　）

・介護支援専門員（　　　名　）

宿直（　有　・　無　）

※有の場合のみ（　　　名　勤務時間：　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　）

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

○時間帯の設定等

夜勤職員配置加算の連続する16時間の設定（　　　時　　　分　～　　時　　　分　）

※算定する場合のみ

○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）