

養護老人ホーム設置認可申請書

年 月 日

所在地  
徳島県知事 殿

届出者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり養護老人ホームを設置したいので、老人福祉法第15条第4項の規定により申請します。

		法人番号					
経営者・法人	フリガナ						
	氏名(名称)						
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 - )	都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号				
		Email					
法人等の種類							
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
介護保険事業所番号		(既に介護保険法上の指定を受けている場合)					
フリガナ							
名称							
入所定員		人					
所在地		(郵便番号 - )	都道 府県	市区 町村			
連絡先		電話番号 (内線)	FAX番号				
		Email					
事業開始の予定年月日							
施設長	フリガナ						
	氏名						
主な職員	フリガナ						
	氏名						
○職員の定数及び職務の内容							
職種		職務内容		定数			
				人			
				人			
				人			
				人			
入所者数		人(推定数を記入)					
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数	施設長		医師		生活相談員		
	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)							
従業者の職種・員数	支援員		看護職員		栄養士		
	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)							
○設備に関する基準の確認に必要な事項							
1室あたりの最大定員		人					
利用者1人あたりの最小床面積		㎡					
片廊下の幅		m					
中廊下の幅		m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他			
添付書類		別添のとおり					