

通所介護事業計画書

年 月 日

法人の概要	事業主体(法人名)					
	法人の所在地	(〒 -)				
	法人の連絡先	電話	()	FAX	()	
	代表者名	Ⓜ			担当者名	

事業の概要	事業所の名称						
	事業所の所在地	(〒 -)					
	種別・単位数・定員	一般型	単位	一般型(推定数)	人	利用定員	人
		療養型	単位	療養型	人	利用定員	人
	通常の事業実施地域						
開設予定年月 (事業開始予定)	年 月	併設施設の有無と種別	併設施設	有 ・ 無			
			施設名				
			施設種別				

施設等の概要	土地・建物等の面積	敷地 () m ² ・ 延べ床面積 () m ²					
	施設建物の構造	() 造 (階建ての 階部分) ※既存建物の場合は、築年及び建築申請時の用途 (年築 :)					
	主たる各部屋の面積	①機能訓練室 () m ²	②食 堂 () m ²	③静養室 () m ²	④相談室 () m ²	⑤浴 室 () m ²	⑥脱衣室 () m ²
		⑦厨 房 () m ²	⑧事務室 () m ²				
	新築・改修工事の実施 予定期間及び竣工時期	着 工	年 月 日頃				
		竣 工	年 月 日頃				
土地・建物の 所有及び使用状況	・土地 (所有者:) ・建物 (所有者:) ・賃貸借契約 (契約期間:)						

人員配置の状況	職員確保及び配置計画	管理者	
	(※職種ごとに配置予定員数及び現状の確保状況又は予定時期について記載してください。)	生活相談員 (資格者の確保)	
	営業日 曜日から 曜日(週 日)	看護職員 (資格者の確保)	
	サービス提供時間 時 分から 時 分	介護職員	
	※延長体制をとる場合 時 分から 時 分	機能訓練指導員 (資格者の確保)	
職員の勤務時間 時 分から 時 分			

