

(添付-8)

開設しようとする附帯業務の概要（疾病予防施設以外）

名 称				
所 在 地			電話	
管 理 者	氏 名			
職 員	職 種	従 業 員 数	職 種	従 業 員 数
	施 設 長 看 護 師 准 看 護 師 介 護 福 祉 士 介 護 ヘルパー 介 護 助 手 介 護 支 援 専 門 員 事 務 員	常 勤 人 非 常 勤 人 : : : : : : : :		
			合 計	人
敷 地	〇〇, 〇〇〇㎡（うち借地〇〇, 〇〇〇㎡）（付近案内図及び平面図添付）			
建 物	延〇〇, 〇〇〇㎡（構造、用途及び各室の面積を示す図面）			
	鉄筋コンクリート〇階建	延〇〇, 〇〇〇㎡		
	1階 〇〇室	㎡		
	〇〇室	㎡		
	〇〇室	㎡		
	2階 〇〇室	㎡		
	〇〇室	㎡		
	〇〇室	㎡		
営 業 日	日曜日及び祝日を除く毎日			
営 業 時 間	月曜日から金曜日まで	午前〇〇時から〇〇時まで		
		午後〇〇時から〇〇時まで		
	土曜日	午前〇〇時から〇〇時まで		
協 力 病 院 〔介護老人 保健施設 の 場 合〕	〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号			