**神川町・自己点検シート**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別** | **（介護予防）認知症対応型共同生活介護** |

記入日　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 法人名  代表者職名・氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話 | | |  | | | | | | ＦＡＸ | | |  | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 開設年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | ユニット名 | |  | | | | | フリガナ | | | |  | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | |
| ユニット名 | |  | | | | | フリガナ | | | |  | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | |
| 記載担当者 | 職名 | |  | | | | | フリガナ | | | |  | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | |

＊基準

「神川町指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」

(平成25年条例第4号)

「神川町指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」

(平成26年条例第22号)