**神川町・自己点検シート**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別** | **地域密着型通所介護** |

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 | | |  | | | |
| 契約者数 | 人 | | | | 通いの定員 | | 人 | | | |  | | | |  | |
| 開設年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記載担当者 | 職名 | |  | | | | | フリガナ | | | |  | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | |

＊基準

｢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18年3月14日，厚生労働省令第34号)