別紙様式

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

１　施設の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 施設の種類(注1) | 療養介護事業所 |
| ２ | 施設の名称 |  |
| ３ | 所 在 地 |  |
| ４ | 開設（経営）主体 |  |
| ５ | 代表者職氏名 |  |
| ６ | 定　　員 |  |
| ７ | 電話番号 |  | 担 当 者 |  |

２　併設する保険医療機関の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 併設医療機関の有無 | □有　・　□無 |
| ２ | 医療機関の名称 |  |
| ３ | 所　在　地 |  |
| ４ | 開設（経営）主体 |  |
| ５ | 開設者名 |  |

３　配置医師の契約状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 配置医師の区分 | * 医師個人　　・　□　医療機関又は医療法人
 |
| ２ | 配置医師の氏名等 |  |
| ３ | 専門の診療科名 |  |
| ４ | 委託契約の内容 | 契 約 書 | □有　・　□無 |
| 契約期間 | 年　 月　 日～　　 年　　 月　　 日 |
| 勤務状況 | １か月 日 | １週間　 　　　日 |
| （　 　）曜日（　　 ）曜日（　 　）曜日 |
| ５ | 所属医療機関名 |  |
| ６ | 所　在　地 |  |

[記入上の注意]

注１　施設の種類欄には、次のいずれかに該当するものを記入すること（複数の施設がある場合は当該様式を複写のうえ、別葉で提出すること。）

「養護老人ホーム（定員111名以上）」、「特別養護老人ホーム」、「指定短期入所生活介護事業所」、「指定介護予防短期入所生活介護事業所」、「指定障害者支援施設」、「児童心理治療施設」、「療養介護事業所」