介護事業所の開所に係る事前相談シート

作成日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（法人名） |  |
| 指定予定事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 定　員 | 　　　　名 |
| 総合事業の指定希望(※訪問介護、通所介護の場合) | 有(指定希望日　　年　　月　　日)　・　無 |
| 開所予定日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 県へ指定申請（※県指定事業所の場合） | 済（申請日：　　　月　　　日）　・　未 |
| 開所予定場所 | ※地図等で開所場所がわかるものをご持参ください。 |
| ハザードマップ等の確認 | 済　　　・　　　未 |
| 関連法令等(※)に関する事前協議 | 済　　　・　　　未 |
| **※地域密着型サービス 又は 居宅介護支援　の場合のみ記入してください** |
| 開所スケジュール |  |
| 平面図 | ※事業所の平面図がわかるものをご持参ください。 |
| 従業者の確保状況 | 確保済　　・　　募集中　　・　　今後対応 |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| ＴＥＬ | （　　　　　　） |
| メールアドレス |  |

※ 関連法令等…都市計画法、建築基準法、消防法等

● 事前相談を行う際は、本シートを可能な範囲で作成いただき、電話連絡によりご予約をお願いします。

● 本シートは東根市内に介護事業所を開所する際、本市介護保険担当窓口への事前相談用として作成したものです。**事前相談を行ったことにより、事業所の指定を確約するものではありません。**