

(別添様式1)

指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する

開始
変更
休止・廃止
※1

届出書

令和 年 月 日

久留米市長 殿

法人所在地
名 称
代表者氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ						事業所番号		(緊急時) - - - -		
		名称										
		フリガナ						連絡先				
		代表者氏名										
		所在地	(〒 -)									
	宿泊サービスの開始・廃止・休止予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)			令和 年 月 日								
	宿泊サービス	利用定員	人		提供日	月	火	水	木	金	土	日
提供時間		平日	土曜		日曜・祝日		その他年間の休日					
		: ~ :	: ~ :	: ~ :								
1泊あたりの 利用料金		宿 泊			夕 食			朝 食				
	円			円			円					
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助		: ~ :			人		
					朝食介助		: ~ :			人		
		配置する職員の保有資格等	看護職員 ・ 介護福祉士 ・ 左記以外の介護職員 ・ その他有資格者()									
設備関係	宿泊室	個 室	合 計	床面積(※3)								
			(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)			
				(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)				
		個室以外	合 計	場 所(※4)	利用定員	床面積(※3)		プライバシー確保の方法(※5)				
			(室)	()	(人)	(m ²)						
				()	(人)	(m ²)						
				()	(人)	(m ²)						
				()	(人)	(m ²)						
	()			(人)	(m ²)							
	消防設備	消火器	有 ・ 無		スプリンクラー設備			有 ・ 無				
		自動火災報知設備	有 ・ 無		消防機関へ通報する火災報知設備			有 ・ 無				

※1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※3 小数第二位まで(小数第三位以下を切り捨て)記載すること。

※4 指定通所介護事業所の設備としての用途を記載すること。(機能訓練室、静養室等)

※5 プライバシーを確保する方法を記載すること。(衝立、家具、パーティション等)

(別紙様式 2)

消防法についての協議記録

協議日	令和 年 月 日
担当課・担当者名	()消防署警防課 担当:()氏
防火対象物の用途	
必要な消防設備等	
担当課からの指導事項	

※指導事項は具体的な記入をお願いいたします。