

### 開設しようとする施設等の概要

名称	●●事業所						
所在地	●市●町●丁目●番●号	電話	●●●●-●●●●-●●●●				
所管保健所名	●●保健福祉事務所						
利用者定員	●●名						
管理者	氏名	●●●●					
	職種名	●●●●					
	免許番号	第●●●●号					
職員	職種	従業員数		職種	従業員数		
		常勤	非常勤		常勤	非常勤	
	看護師	1人	1人				
	准看護師	2人	2人				
	介護福祉士	3人	3人				
	事務員	4人	4人				
					小計	10人	10人
					合計	20人	
開設日	日曜日及び祝日を除く毎日						
開設時間	月曜日から金曜日まで 午前：●時から●時まで 午後：●時から●時まで 土曜日 午前：●時から●時まで						
協力医療機関 (定めた場合)	名称						
	所在地						

(注)

- ・ この様式は、医療法第42条に定める附帯業務のうち、第4号及び第5号以外の事業（所）を実施（開設）する場合に使用すること。
- ・ 第4号又は第5号の事業を実施する場合は、様式例7又は8を使用すること。
- ・ 病院、診療所、介護医療院又は介護老人保健施設を開設する場合は、様式例3を使用すること。