**自己点検シート（令和　　年度）**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別** | **（介護予防）認知症対応型通所介護** |

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

**■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。**

|  |
| --- |
| 法　人　名    代表者職名・氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電　　話 | |  | | | | ＦＡＸ | |  | | | |
| メール  アドレス | |  | | | | | | | | | |
| 開設年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 指定年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | 氏　　名 | |  | | | | | | | | | |
| 記載担当者 | 職　　名 | |  | | | | 氏　　名 | |  | | | |