

様式 5

事業実施基本計画書（居宅訪問型）

基本情報

施設名称	
実施施設住所	
電話番号	
施設管理者	
事業責任者	
応募動機及び実施方針	
受け入れ可能な月齢	産後 〇ヶ月～ 〇ヶ月未満
1日の受け入れ可能な人数	〇人
対応地域	市全域・近隣地域（ 〇 ）
定休日	

職員の配置人数

職種	人数
	〇人

事務管理

<input type="checkbox"/>	従事者定期健康診断を実施している
<input type="checkbox"/>	苦情処理を適切にしている
<input type="checkbox"/>	個人情報を適切に管理している
<input type="checkbox"/>	会計書類を適切に文章管理している
<input type="checkbox"/>	人事労務関係書類を適切に管理している
<input type="checkbox"/>	事業実施マニュアルや安全マニュアルがある

その他

業務委託内容外の提供サービス 施設独自でのサービスを提供している場合、別途、利用者からサービス料を徴取して下さい。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 内容・料金等 ）
利用料の支払い方法	現金／クレジットカード／その他方法（ 〇 ）