平成　　年　　月　　日

通所介護事業所のサテライト型事業所の設置にかかる確認書

（宛先）静岡市長

法人住所

申請者　法人名

法人代表者　印

通所介護事業所のサテライト型事業所の設置について、下記のとおり要件を満たします。

①利用申込に係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。

|  |
| --- |
| （具体的手段を記入して下さい、別途資料等の添付も可） |

②職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。

|  |
| --- |
|  |

③苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。

|  |
| --- |
|  |

④事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規定が定められること。

|  |
| --- |
|  |

⑤人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

|  |
| --- |
|  |