様式第２号（第５条関係）

　　年　　月　　日

開　設　提　案　書

このことについて、下記書類を添えて提出します。

記

１　提出書類

(１)　事業理念・基本方針

(２)　事業スケジュール

(３)　基本計画図面

(４)　従事職員配置計画

(５)　衛生管理

(６)　事故防止・安全対策

(７)　苦情処理

(８)　地域等との連携

２　設置を計画している事業所について

|  |  |
| --- | --- |
| 設置場所 | 奈良県宇陀郡御杖村 |
| 名称 | （仮称） |
| 提供する機能（基本機能） | サービス種類： |
| （その他） | 登録人数　　人定員　　　　人 |
| 具体的な地域連携体制 | 別紙３のとおり |
| 案内図 | 別紙３で想定されている連携予定先地域主体を住宅地図等の写しに図示し、地域の連携がわかるようにしてください。 |
| 記載方法：種別ごとに色分けし、事業予定地が中心になるように図示（事業予定地：黒色　　介護事業者：赤色　　医療機関：青色　　その他地域資源：緑色）また、地域資源名及び連携内容を簡潔に記載してください。 |
| 設置に伴う地元説明の経緯 | 別紙５のとおり |

事業概要について

（本事業の運営を希望している法人について記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 法人名 |
| 代表者名 |
| 設立年月日 |
| 法人所在地 | 〒 |
| 電話番号 |
| FAX番号 |
| 事業運営実績 | 別紙１のとおり |
| 法人役員及び主な職員の履歴 | 別紙２のとおり |
| 添付資料 | * 法人代表者の履歴書
* 現在運営している事業概要・パンフレット等
* 既存事業に係る関係行政庁の監査及び指導状況等

（直近１ヵ年）* 法人理事会議事録等の写し
 |

（別紙１）

事業の経歴・実績について

法人が運営している事業等（福祉事業、医療事業、その他インフォーマルサービス等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業開始年月 | 事業所名所在地 | サービス提供地域 | サービス内容（具体的に記入してください。） |
| （御杖村内） |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
| （御杖村外） |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）

（別紙２）

法人役員及び主な職員の履歴について

１　法人の役員構成について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 職業 | 福祉活動歴 | 他法人理事等兼務状況 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）

２　主な職員について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 福祉活動歴 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）