

(別記2の3-(3)に該当する場合)

第 20 回 試 験 確 認 証 明 書

次の各事項について、満たしている場合は○、満たしていない場合は×を記入欄に記入してください。

該当事項	記入欄					
	在 宅 介 護 サ ー ビ ス	日 帰 り 介 護 事 業	短 期 入 所 生 活 介 護 事 業	在 宅 入 浴 サ ー ビ ス	福 祉 用 賃 貸 サ ー ビ ス	福 祉 用 具 販 売 サ ー ビ ス
1	管理責任者（兼務可）の配置					
2	医師（嘱託可）の配置					
3	訪問介護員等在宅介護の知識・技能を持つ者の配置					
4	生活相談員の配置					
5	看護師又は准看護師の配置					
6	介護福祉士又は介護員の配置					
7	調理員（料理業務を委託する場合は、不要）の配置					
8	入浴介護に直接従事する者3人以上の配置					
9	福祉用具に関する専門知識を有する者の配置					
10	職員の研修機会の確保					
11	健康診断等による職員の健康状態の確認					
12	居室、食堂、機能訓練室、浴室、便所、洗面所、医務室、看護・介護員室、洗濯室（場）及び汚物処理室の設置（他施設の設備を利用でき、利用者の処遇に支障がない場合は、兼用可）					
13	1室に定員が4人以下で、1人あたり8㎡以上の床面積を有し、ナースコールを設置した居室の確保					
14	入浴に必要な設備及び材料の備付け					
15	設備・器具類の消毒方法、管理方法等の規定					
16	用具の種類・材質等からみて適切な効果を有する消毒設備器材の配備（消毒業務を一定の基準を満たした他の事業者に委託している場合は、不要）					
17	清潔で、消毒・補修済みの用具と未了の用具とが区分可能な保管施設を備えている（保管業務を一定の基準を満たした他の事業者に委託している場合は不要）					
18	次の事項を記したマニュアルの作成及びそのサービス従事者への徹底					
	利用者及び家族に対するサービス内容の説明					
	作業手順					
	利用者に異常があった場合の対応					
	実施（提供）したサービスの報告及び記録の保管					
	福祉用具の選定及び説明の方法					
	福祉用具の搬入及び回収の方法					
	福祉用具の使用上の助言及び納品方法					
	アフターサービスの方法					
19	嘱託医若しくは協力医療機関の確保又は主治医との連携の確保					
20	医師等との連携が図れる体制の整備					
21	サービスの内容及び料金を記した契約書の取り交わし					
22	サービスの内容に対応した料金体系の明示					
23	事前の価格等についての説明の実施					

(注) 短期入所生活介護事業にあつては、1の管理責任者（兼務可）を管理責任者と読み替えるとともに、1、2及び4から7までの該当事項について併設施設職員の兼務を可とする。

本事業所は、上記の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

法人、施設又は
事業所の名称
代表者職・氏名

公印

(注) 「実務経験（見込）証明書」と同一者の証明とすること。

担当者氏名：