

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 大阪府岸和田市土生町1丁目4番23号
商号、名称又は氏名 フジ・アメニティサービス(株)
代表取締役 宮脇 宣綱
代理人 所属 フジ・アメニティサービス(株)
職名及び氏名 シニアハウスサポーター

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条(及び老人福祉法第29条第5項)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

地域の高齢者がいつまでも安心・安全に、しあわせに暮らしていただける『住まい』の提供を念頭に、入居者様には満足、安心して頂けるサービスの提供、ご家族様には自分の親を安心して預けられる住まいの提供を目的としています。専任スタッフが常駐し、24時間、状況把握・生活相談サービスの提供はもちろん、緊急時の対応も致します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) いやさかいたみ IYASAKA伊丹
所在地	(住居表示※) 兵庫県伊丹市野間北1丁目8番34号
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪急電鉄伊丹線新伊丹駅から徒歩で25分) □ 2. その他 ()
住宅に関する 権原	□ 1. 所有権 ■ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
施設に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
敷地に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 地上権 ■ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

※住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	☒ 法人 ☐ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ふじあめにていさーびすかぶしがいいしや フジ・アメニティサービス株式会社	
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 596-8588) 大阪府岸和田市土生町1丁目4番23号 電話番号 072-437-9955	
法人の役員	別添1のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
	住所(法人に あっては主たる 事務所の所在 地)	(郵便番号) 電話番号
	法人の役員	別添2のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) ふじあめにていさーびすかぶしがいいしゃ フジ・アムニティサービス株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 596-8588) 大阪府岸和田市土生町1丁目4番23号 電話番号 072-437-9955

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数 30 戸	入居定員 33 人
居住部分の規模	(最小) 18.00 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 24.00 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし	
	構造 木造	階数 3 階建
竣工の年月	2016年3月31日	
加齢対応構造等	☒ 登録基準に適合している	
	☒ エレベーターを備えている	
	☒ 緊急通報装置を備えている	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	☒ 賃貸借契約 ☐ その他		
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨			
終身賃貸事業者の事業の認可	☐ 法第52条の認可を受けている		
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ■ ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）		
入居対象者	☐ 自立している者 ☐ 要支援の者 ■ 要介護の者		
	留意事項		
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり		
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書第10条及び第15条に記載
		解約予告期間	相当な期間
	入居者からの解約予告期間		30日前

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期※	年 月 日 から
---------	----------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり			
	状況把握・生活相談	☐ 自ら ☒ 委託	約 18,000 円				
	食事の提供	☐ 自ら ☒ 委託 ☐ 提供しない	約 45,000 円				
	入浴等の介護	☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
	調理等の家事	☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
	健康の維持増進	☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
その他		☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
家賃の概算額	(最低) 約	52,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり				
	(最高) 約	54,000 円					
共益費の概算額	(最低) 約	16,500 円					
	(最高) 約	22,500 円					
敷金の概算額	(最低) 約	100,000 円	家賃の	1.9 月分			
	(最高) 約	100,000 円					
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払頂きます。サービス費・食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払頂きます。						
家賃等の費用の改定	条件	(家賃) 賃貸借契約書第4条第3項に記載 (共益費) 賃貸借契約書第5条第4項に記載 (状況把握・生活相談サービス費) 賃貸借契約書第7条第5項に記載					
	手続	賃貸借契約書条文の記載内容を説明し、手続を行います。					
前払金※有無	☐ あり [☐ 前払方式のみ ☐ 前払方式と月払方式を選択可] ☒ なし						
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円			
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円			
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃						
	サービス提供の対価						
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等						
	入居後3箇月を超えた契約解除等						
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで						
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)						
前払金の保全措置の内容	☐ 銀行による債務の保証		☐ 信託会社等による元本補てん又は信託				
	☐ 保険事業者による保証保険		☐ その他()				

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

協力医療機関	
医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんもりたいいん 医療法人もりた医院
医療機関 の所在地	(郵便番号 530-0022) 大阪府大阪市北区浪花町4番9 1階 電話番号 06-6131-4898
診療科目	内科、外科、皮膚科、緩和ケア内科、精神科
連携又は協力 の内容	定期診察、緊急時の対応、入院協力及び往診
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	

医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) あしやはましかぐりにつく 芦屋浜歯科クリニック
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 659-0033) 兵庫県芦屋市高浜町6番1 電話番号 0797-22-6480
連携又は協力 の内容	診察・治療、歯科に係る健康相談
歯科医療機関 の名称	(ふりがな)
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力 の内容	

その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。)	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

高齢者の居住安定確保に関する基本的な方針(平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号)及び兵庫県高齢者居住安定確保計画に従い適正に管理します。
--

11.その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	☒ あり 内容(空室がある場合、1泊食事付き15,000円(税込)) ☐ なし				
居住部分(住戸)の変更に關する事項※	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	☐ 一時介護室へ移る場合 ☐ 介護居室へ移る場合 ☐ その他 内容()			
	変更をお願いする判断基準の内容				
	変更をお願いする手続の内容				
	居住部分を利用する権利の取扱い				
※住み替えを行っていない場合は、記入不要	追加的費用の有無	☐ あり ☐ なし			
	前払金償却の調整の有無	☐ あり ☐ なし			
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	☐ あり ☐ なし	台所の変更	☐ あり ☐ なし
		便所の変更	☐ あり ☐ なし	収納の変更	☐ あり ☐ なし
		洗面の変更	☐ あり ☐ なし	その他の変更	☐ あり ☐ なし
		浴室の変更	☐ あり ☐ なし	内容()	
職員体制	別添6のとおり				

入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称		フジ・アメニティサービス株式会社	
	電話番号		072-437-9955	
	対応している時間	平日	9:30～17:30	
		土曜日	—	
		日曜・祝日	—	
	定休日		土日祝祭日	
	窓口の名称		24時間セーフティダイヤル	
	電話番号		0120-737-024	
	対応している時間	平日	17:30～9:30	
		土曜日	0:00～24:00	
日曜・祝日		0:00～24:00		
定休日		—		
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応		かかりつけ及び、協力医療機関に状況を報告の上、指示を仰ぐ	
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続		①ご家族への説明及び概ね1ヶ月の期間を定めた同意書の徴取、身体拘束を行う理由の記録 ②経過観察及び記録 ③3ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を開き、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、入居者の状態及び改善取組等について検討 ④身体拘束を継続する場合、再度、家族へ説明し、同意書を徴取（①～③の手順）	
	事故発生時の対応		事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します	
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無		☒ あり ☐ なし	
	損害賠償責任保険の加入状況		☒ あり 内容（三井住友海上火災保険株式会社の「施設所有（管理）者賠償責任保険」及び「昇降機賠償責任保険」） ☐ なし	
防火体制	耐火構造		☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他（ ）	
	消火器		☒ あり ☐ なし	防火管理者 ☒ あり ☐ なし
	自動火災報知設備		☒ あり ☐ なし	消防計画 ☒ あり ☐ なし
	火災通報設備		☒ あり ☐ なし	避難訓練 ☒ あり ☐ なし （年 2 回実施）
	スプリンクラー		☒ あり ☐ なし	
アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況		☒ あり 実施日（ 随時 ） 結果の開示 ☐ あり ☒ なし ☐ なし		
運営懇談会		☒ あり 開催頻度（年 2 回） 構成員（入居者、家族、フジ・アメニティサービス株式会社職員、株式会社SHIFT職員） ☐ なし		
第三者による評価の実施状況		☐ あり 実施日（ ） 結果の開示 ☐ あり ☐ なし 評価機関名（ ） ☒ なし		
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成	
	管理規程		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成	
	事業収支計画書		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成	
	財務諸表の要旨		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成	
	財務諸表の原本		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成	

兵庫県有料老人ホーム設置 運営指導指針の不適合事項			無し					
入居者の状況	記入日：2024年 7月1日 現在		登録戸数(a)	30 戸	入居戸数(b)	30 戸	入居率(b/a)	100.0 %
			入居定員(c)	33 人	入居者数(d)	32 人	充足率(d/c)	97.0 %
	入居者の 内訳	性別	男性	8 人	女性	24 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	2 人
			75～84歳	8 人	85歳～	22 人	平均年齢	87.0 歳
		要介護 等状態 区分別	自立	0 人	要支援1	0 人	要支援2	0 人
			要介護1	4 人	要介護2	8 人	要介護3	4 人
			要介護4	10 人	要介護5	6 人		
		入居 期間別	6箇月未満	15 人	6箇月以上1年未満	17 人	1年以上5年未満	0 人
			5年以上10年未満	0 人	10年以上15年未満	0 人	15年以上	0 人
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数		自宅	0 人	社会福祉施設等	2 人	医療機関	2 人
			死亡	12 人	その他	0 人	合計	16 人
	生前解約 の状況	事業者側 からの 申し出	0 人	解約 事由 の例				
		入居者側 からの 申し出	4 人	解約 事由 の例	長期入院療養の為 他の施設に転居する為			

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条(及び老人福祉法第29条第5項)に基づく
書面による説明を受けました。

(説明を受けた者)

年 月 日

借主(乙) 住所
氏名

代理人 住所
氏名
乙との続柄

別添3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等※1

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※2						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納			
1	18.00	×	○	○	×	○	○	27	102,103,105,201,202, 203,205,206,207,208, 210,211,212,213,215, 301,302,303,305,306, 307,308,310,311,312, 313,315	52,000
1	24.00	×	○	○	×	○	○	2	216,316	54,000
1	22.80	×	○	○	×	○	○	1	101	53,000

※1:住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。
 ※2:構造及び設備欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。
 有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所※	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	1	87.10	1階に1箇所	30	
浴室	3	35.00	1階に3箇所	30	
談話コーナー	3	53.45	1・2・3階に各1箇所	30	

※整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

3. 専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっての留意事項

別添4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態	☐ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☒ 委託する							
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしがいいしやふと 株式会社SHIFT						
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 560-0085) 大阪府豊中市上新田4丁目16番12 101号 電話番号 06-6832-1605						
サービスを提供 する法人等の別	☐ 医療法人 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 社会福祉法人 ☐ 指定介護予防サービス事業者 ☒ 指定居宅サービス事業者 ☐ 指定介護予防支援事業者 ☐ 指定地域密着型サービス事業者 ☐ 上記以外の法人等							
サービスを提供 する者の人数	☐ 医師	人員	人	☐ 社会福祉士	人員	人		
	☐ 看護師	人員	人	☐ 介護支援専門員	人員	人		
	☐ 准看護師	人員	人	☒ 養成研修修了者	人員	1 人		
	☒ 介護福祉士	人員	5 人	☐ 上記以外の職員	人員	人		
			合 計		人員	6 人		
常駐する場所	☒ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地 ☐ 近接する土地 (所在地)							
常駐する日	☒ 365日対応 ☐ 次の期間を除く ()							
常駐する時間	日中	0 時	00 分	～	24 時	00 分	人員	1 人
	上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	人
毎日1回以上の 状況把握サービ スの提供方法	食事等(来訪・外出の管理、電話・郵便の取次)の機会を 利用し、安否確認を行う。						毎日	1 回
	☐ 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問 (近接する土地に常駐する場合のみ)							
緊急通報サービ スの内容	提供時間	常駐する日	0 時 00 分 ～ 24 時 00 分					
		上記以外の日	☐ 24時間					
	通報方法	各居室又は共用浴室等に備え付けてあるナースコールより通報						
	通報先	1階の事務室			通報先から住宅までの到着予定時間	3分		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 18,000 円	前払金の					
	前払金	約 0 円	算定方法					
備考	【生活相談サービス】 日常の心配事や悩み(健康、趣味、人間関係等)についてスタッフが 相談に応じ、専門的な相談については、専門機関や専門家を紹介し サポートする。 ※同室に二人入居の場合はサービス提供の対価を月額36,000円とする。 (必要となる場合の入居者を対象とする。)							

※：サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☐ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☒ 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃしふと 株式会社SHIFT	
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 560-0085) 大阪府豊中市上新田4丁目16番12 101号 電話番号 06-6832-1605	
	住 所 (法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号 560-0085) 大阪府豊中市上新田4丁目16番12 101号 電話番号 06-6832-1605	
食事提供を行う場所		☒ 食堂 ☒ 各居住部分 ☐ その他 ()	
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()
		内容	☐ 3食 ☒ 入居者が選択 ☐ 次の食事は提供しない ()
		調理等	☒ 厨房で調理 ☐ 配食サービスを利用 ☐ その他 ()
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 45,000 円	内訳 朝食 410 円 昼食 545 円 夕食 545 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考		※同室に二人入居の場合はサービス提供の対価を月額90,000円とする。 (必要となる場合の入居者を対象とする。) ※原則は食堂で提供しますが、体調に応じて配慮します。	

※: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

職員体制

(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成、
同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

1. 職種別の職員数

	職員数(実人数)※1			常勤換算人数 ※1※2※3	兼務している職種及び人数
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1	0		生活相談員1名
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)	6	6	0		管理者1名
直接処遇職員	0	0	0		
介護職員	0	0	0		
看護職員	0	0	0		
機能訓練指導員	0	0	0		
計画作成担当者	0	0	0		
栄養士	0	0	0		
調理員	0	0	0		
事務員	0	0	0		
その他職員	0	0	0		
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3					

※1:業務を委託する場合、委託先の職員についても記載。

※2:常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※3:特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

2. 資格を有している介護職員の人数

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	0	0	0
実務者研修修了者	0	0	0
初任者研修修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

3. 資格を有している機能訓練指導員の人数

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語療法士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	18 時 00 分 ～ 9 時 00 分		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)	兼務している職種及び人数
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)	1	0	
看護職員	0	0	
介護職員	0	0	

5. 特定施設入居者生活介護等の提供体制

特定施設入居者生活介護等の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※		☐ 1.5:1以上 ☐ 2:1以上 ☐ 2.5:1以上 ☐ 3:1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数)		:
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制	ホームの職員数		
	訪問介護事業所の名称		
	訪問看護事業所の名称		
	通所介護事業所の名称		

※:広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

6. 職員の状況

管理者	職名・氏名	新山 多津子				
	他の職務との兼務	☒ あり ☐ なし				
	業務に係る資格	☒ あり 資格の名称 介護福祉士 ☐ なし				
区分		看護職員		介護職員		生活相談員
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤 非常勤
前年度1年間の採用者数		0	0	0	0	2 0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	5 2
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		0	0	0	0	2 0
1年以上3年未満の者の人数		0	0	0	0	2 0
3年以上5年未満の者の人数		0	0	0	0	2 0
5年以上10年未満の者の人数		0	0	0	0	0 0
10年以上の者の人数		0	0	0	0	0 0
区分		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数		0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		0	0	0	0	
1年以上3年未満の者の人数		0	0	0	0	
3年以上5年未満の者の人数		0	0	0	0	
5年以上10年未満の者の人数		0	0	0	0	
10年以上の者の人数		0	0	0	0	
職員の健康診断の実施状況		☒ あり ☐ なし				