

有料老人ホームの設置者若しくは管理者名

沖縄県子ども生活福祉部長 印

有料老人ホーム検査実施通知書

みだしのことについて、老人福祉法第 29 条第 13 項の規定に基づき、貴事業所に対する立入検査を下記のとおり実施しますので、御協力をお願いします。

記

- 1 調査実施日 年 月 日 時から
- 2 場 所
- 3 検査担当職員

問い合わせ先

〒 900-8570 那覇市泉崎 1-2-2

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課 施設福祉班

電話 098-866-2214

FAX 098-862-6325

担当名

有料老人ホームの設置者若しくは管理者名

沖縄県子ども生活福祉部長 印

有料老人ホーム検査実施通知書

みだしのことについて、老人福祉法第29条第13項の規定に基づき、貴事業所に対する立入検査を下記のとおり実施しますので、御協力をお願いします。

記

- 1 調査実施日 年 月 日 時から
- 2 場 所
- 3 検査担当職員
- 4 立入検査理由

問い合わせ先

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課 施設福祉班

電話 098-866-2214

FAX 098-862-6325

担当名

様式第4号

有料老人ホーム立入検査結果復命書

法人名	
事業所名	
設置主体	
事業開始年月日	年 月 日
立入検査実施日	年 月 日
立入検査立会者	
立入検査者	

1 ○○○について

(1) 施設の意見等

(2) 検査担当者所見

(3) 措置

口頭指導	文書指導	改善命令
------	------	------

事業所名

沖縄県子ども生活福祉部長 印

有料老人ホーム検査結果通知書

みだしのことについて、老人福祉法第 29 条第 13 項の規定に基づき、貴事業所に対する立入検査を実施したところ、(別紙のとおり是正改善を図る必要があると認められるので、所要の措置を講じるとともに、その結果を 年 月 日までに別紙様式第 6 号により報告されたい。)(概ね適正に運営されていると認められるので、今後とも入居者の処遇向上に努めてください。)

なお、報告期限までに是正改善措置が完了していない指導事項については、一旦その旨を報告のうえ、後日、是正改善措置完了後に再度報告(様式不問)されたい。

様式第6号

第 年 月 日
第 年 月 日

沖縄県子ども生活福祉部長

事業所名

年度有料老人ホーム立入検査の是正改善状況の報告について

年 月 日付け子高第 号により通知のありましたみだしのことについて、別紙のとおり報告します。

立入検査結果の是正・改善状況

法人名：

事業所名：

設置主体：

実施日：

報告日：

是 正 改 善 事 項	是正改善措置状況

