



様式1

茅ヶ崎市地域包括支援センター設置の届出書

茅ヶ崎市長

令和元年10月 / 日

法人名

医療法人 徳洲会

法人代表者  
職氏名

理事長 鈴木隆夫



所在地

大阪府大阪市北区梅田一丁目3番1-1200号

茅ヶ崎市地域包括支援センターを設置するため、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

届 出 者	フリガナ	イリヨウホウジン トクシュウカイ					
	名 称	医療法人 徳洲会					
	主たる事務所の所在地	〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田一丁目3番1-1200号					
	連絡先	電話番号	06-6346-2888		FAX番号	06-6346-2889	
	法人の種別	医療法人		法人の所轄庁	厚生労働省		
	代表者の役職名 ・氏名・生年月日	役職名	理事長	フリガナ	スズキタカオ	生年 月日	■■■■■■■■■■
		氏名	鈴木隆夫	氏名	鈴木隆夫	生年 月日	■■■■■■■■■■
代表者の住所	〒240-0105 神奈川県横須賀市秋谷3丁目1番5号						
フリガナ	チガサキミナミチク チイキホウカツシエンセンター ツムギ						
名 称	茅ヶ崎南地区地域包括支援センターつむぎ						
地域包括支援センター の所在地	〒253-0052 神奈川県 茅ヶ崎市幸町5-8 茅ヶ崎メディカルケアセンター2階						
地域包括支援センター設置の予定年月日		担当区域					
令和元年10月1日		茅ヶ崎南地区(幸町・共恵・若松町・中海岸)					

- 1 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄は、届出者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 3 「担当区域」欄は市内12の自治会連合会圏域における地区名を記入してください。



付表

令和元年 10月 1日

茅ヶ崎市地域包括支援センターの届出に係る記載事項

地域包括支援センター	フリガナ	チガサキミナミチク チイキホウカツシエンセンター ツムギ									
	名称	茅ヶ崎南地区地域包括支援センターつむぎ									
	所在地	〒253-0052 神奈川県 茅ヶ崎市幸町5-8 茅ヶ崎メディカルケアセンター2階									
連絡先	電話番号	0467-55-5291			FAX番号	0467-55-5293					
受託者の事業実施について定めのある定款、寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号						
管理責任者	フリガナ	ハナブサ リサミ			住所	[REDACTED]					
	氏名	英 徳文			住所	[REDACTED]					
兼務している事業所の名称及び職種					医療法人徳洲会茅ヶ崎徳洲会病院 事務長						
従業者		保健師等		社会福祉士		主任介護支援専門員		介護支援専門員 (指定介護予防支援事業所)		その他の職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従:兼務	
	常勤(人)	1		2		1					
	非常勤(人)										
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	年間の休業日	日曜・祝祭日・年末年始(12/31~1/3)
	営業時間	8:30~17:00									
添付書類	1 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書 2 茅ヶ崎市地域包括支援センターに勤務する職員一覧表 3 茅ヶ崎市地域包括支援センターの職員等の経歴書(資格を証する免許証、登録証明書等の写し)										

「記入上のお願い」

- 1 従業者欄に記載した従業者全員の名簿を別紙として添付してください(「(付表の別紙)職員一覧表」)。
- 2 三職種の兼務している職が指定介護予防支援事業所の職である場合は「専従」とみなします。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。



付表の別紙

茅ヶ崎市地域包括支援センターに勤務する職員一覧表

令和元年 10月 / 日

地域包括支援センターの名称	茅ヶ崎南地区地域包括支援センターつむぎ
管理責任者	英 徳文

勤務形態	氏名	資格名等	勤務すべき勤務時間	兼務する職種
1	コンドウ マコト 近藤 誠	1 保健師等 2 社会福祉士等 ③ 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	37.5時間/週	
2	タカムラ ヒロコ 高村 弘子	① 保健師等 2 社会福祉士等 3 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	37.5時間/週	
3	ミタ クミコ 三田 久美子	1 保健師等 ② 社会福祉士等 3 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	37.5時間/週	
4	ホッタ ヨウコ 堀田 陽子	1 保健師等 ② 社会福祉士等 3 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	37.5時間/週	
5		1 保健師等 2 社会福祉士等 3 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	時間/週	
6		1 保健師等 2 社会福祉士等 3 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	時間/週	
7		1 保健師等 2 社会福祉士等 3 主任介護支援専門員 4 介護支援専門員 5 その他( )	時間/週	

「記入上のお願い」

- 勤務形態の欄には、以下のA～Dのいずれかを記入してください。  
勤務形態区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
- 指定介護予防支援事業所に勤務する介護支援専門員及び事務員等についても記載してください。
- 資格名欄は、該当の資格の番号を○で囲んでください。
- 資格名の1～3に該当するものにあつては、職員等の経歴書(参考様式1)及び資格を証する免許証並びに登録証明書等の写しを添付してください。
- 勤務すべき勤務時間については、「就業規則等で定められた1週間あたりの勤務時間」を記入してください。
- 兼務する職種の欄には、兼務している事業所の名称と職種を記入してください。