様式２（消毒）（NO1）

福祉用具消毒サービス事業概要報告書

令和　　年　　月　　日

申請する事業所ごとに作成する（申請する事業所が２以上ある場合は、本用紙をコピーのうえ作成してください。）

１．事業者（所）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請事業者名 |  |
| 申請事業所名 |  | 申請区分 | 新規・更新 |
| 住　　　　所 | 〒　　　　－ |
| 連　絡　先 | TEL |  | FAX |  |

※申請対象事業所については、場所・行き方がわかる付近図を添付してください。

２．消毒サービス従事者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 配属年月 | 採用時研修実　施　日 |
| 福祉用具消毒業務管理責任者 | （役職：　　　　　　　　　　） | 年 　 月 | 年 　月　 日 |
| 1 | 従 事 者 |  | 年 　 月 | 年 　月 　日 |
| 2 | 従 事 者 |  | 年 　 月 | 年　 月　 日 |
| 3 | 従 事 者 |  | 年 　 月 | 年　 月 　日 |
| 4 | 従 事 者 |  | 年 　 月 | 年　 月　 日 |
| 5 | 従 事 者 |  | 年 　 月 | 年 　月　 日 |

３．消毒の対象福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 取扱福祉用具（該当するものに○をして下さい） | ・車いす　　　・車いす付属品・特殊寝台（フレーム）　　　　　・特殊寝台付属品　　　・マットレス・床ずれ防止用具　　　・体位変換器・手すり　　　・スロープ　　　　・歩行器　　　　　　　・歩行補助つえ・認知症老人徘徊感知機器　　　　・移動用リフト・自動排泄処理装置　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）「その他」に記載したもの中で、認定シールを貼付しないことを希望するものがあれば記載ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去１年間の消毒実績（＊1,2） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件 |
| 申請日現在の福祉用具保有高（＊2） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　台 |

＊1　消毒実績の算出については「福祉用具の消毒工程管理認定制度　実施要綱と解説」別表１を参照

＊2　同事業所において消毒する本制度対象の全福祉用具について記載下さい。（認定シールを貼付しない福祉用具を含みます）

様式２（消毒）（NO2）

４．消毒の外部委託状況

|  |  |
| --- | --- |
| 消毒サービスの外部委託状況（該当するものに○をして下さい） | 1. 当事業所で取り扱う全ての福祉用具の消毒をしている（外部委託なし）
2. 外部事業者に消毒業務の一部を委託している
3. 社内の他事業所で消毒の一部を行っている
 |

■上記項目で2．あるいは3．に該当する場合は下記事項を記載下さい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 消毒業務外部委託先※自社内の他の事業所で消毒する場合も記載して下さい。 | 外部委託している福祉用具の品目 |  |
| 委託先事業所名 |  |
| 消毒業務外部委託先※自社内の他の事業所で消毒する場合も記載して下さい。 | 外部委託している福祉用具の品目 |  |
| 委託先事業所名 |  |

1. 消毒済福祉用具の流通経路

|  |
| --- |
| 福祉用具の流通経路を図示して下さい。システム、契約書等によって福祉用具の流通経路を管理している場合はその旨を記載ください。 |

※社内資料等での代用可