

(別記様式第4号)

令和 年 月 日

鹿沼市保健福祉部長 様

所在地
施設名
管理者名 印
電話・FAX 番号

介護保険施設等の事故に係る改善報告書

令和 年 月 日付で指導のあったことについて、下記の通り改善したので報告いたします。

記

改善を要する事項	摘 要
1 施設等の運営について	
2 人員配置について	
3 施設・設備について	
4 事故対応の体制について	
5 その他	
添付資料	事故対応マニュアル 事故再発対策会議の議事録 その他の参考資料