

(別記様式第5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再発防止に関する取組み状況報告書

令和 年 月 日に発生した事故に関し、下記の通り再発防止に向けた取組みをいたしましたので報告いたします。

#### 記

再発防止の取組みをした事項 (該当するもの)	取組内容 (具体的に)
1 サービス提供方法について	
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 施設平面図及び事故発生時の詳細平面図 その他の参考となる資料 (事故時の介護記録等)

※添付資料については、事故に関する参考となる資料があれば提出してください。なお、事故報告時に提出済みのものについては提出不要です。