

確認書

本事業所は、適切な運営のため令和2年度集団指導資料の内容を確認しました。

提出日:	令和 2 年 月 日	
所在地:	市・町・村	
サービス種類:		
法人名:		
事業所名:		整理番号
事業所番号:		
記入者職・氏名:		
電話番号:		

「業務継続計画（BCP）に係るアンケート」のお願い

標記については、集団指導資料（各サービス共通）P4で記載のとおり、災害や感染症のまん延に備えて作成を皆様をお願いしているところですが、現在の策定状況等を把握したいので、以下のアンケートに御協力願います。

(1) 【全員回答】業務継続計画の策定状況（該当番号を回答欄に記入。以下同じ。）

1 策定済 2 作成中 3 未定（又は予定なし）

(1) 回答欄

(1) - ① 【(1) で1を回答した事業者の方のみ回答】（複数回答可）

策定している業務継続計画で想定している内容は何か

1 自然災害 2 感染症 3 その他

(1)-① 回答欄		その他を回答した場合はその内容を右に記入
--------------	--	----------------------

(1) - ② 【(1) で2、3を回答した事業者の方のみ回答】（複数回答可） なぜ現時点で策定していないのですか

1 業務継続計画を知らなかった 2 作成に必要なノウハウがない
3 効果が期待できない 4 時間が確保できない 5 その他

(1)-② 回答欄		その他を回答した場合はその内容を右に記入
--------------	--	----------------------

(2) 【全員回答】策定のために必要なものは何か（複数回答可）

1 研修 2 作成マニュアル 3 計画の必要性の認識 4 その他

(2) 回答欄		その他を回答した場合はその内容を右に記入
------------	--	----------------------

※確認書は、令和2年7月17日（金）までに以下のいずれかで提出願います。

○電子メールの場合 mask-kaigo@pref.fukuoka.lg.jp

※ファイル名は、「サービス種類・事業所名」（例 通所介護・●●センター）と記載。

○FAXの場合 092-643-3309（送付状は不要）

○郵送の場合 〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

福岡県 保健医療介護部 介護保険課 監査指導第二係