

自然災害発生時における業務継続計画

法人名	〇〇	種別	〇〇
代表者	〇〇 〇〇	管理者	〇〇 〇〇
所在地	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇 〇〇

※本ひな形における各項目は、別途お示しする「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」3-2-1～3-2-4に対応しています。6は通所サービス、7は訪問サービス、8は居宅介護支援サービス固有事項となっており、各施設・事業所のサービス類型、特徴等に応じ、適宜改変して活用いただくことを想定しています。