

平成29年度決算 事業報告書Ⅱ(法人(個人)状況票)

2-1. 基本情報

内容照会先	法人格・属性	1	1.社会福祉法人 2.医療法人 3.特定非営利活動法人 4.一般社団・財団法人、公益社団・財団法人 5.営利法人(株式会社等) 6.その他の法人 7.個人事業主	電話番号	0192-27-7111
	担当者名	山口清人		FAX番号	0192-26-5008

2-2. 法人(個人)従事者数、事業収益、元金償還額

施設・事業の区分	施設・事業所数		許可病床数 又は定員数	従事者数 (人)	事業(医業)収益(円) 【社会福祉法人は記入不要】	長期借入金元金償還額(円) 【通常償還分】
		新規 有無				
病院						56,902,000
一般診療所・歯科診療所						
介護保険施設・事業	11.0	0	217.0	167.8		
（うち介護老人福祉施設）	3.0	0	183.0	125.6		
（うち介護老人保健施設）						
老人福祉施設・事業	1.0	0	50.0	27.0		
有料老人ホーム・サ高住						
認可保育所・認定こども園						
児童福祉施設						
障害福祉サービス事業						
その他の施設・事業(本部機能含)						
計	12.0		267.0	194.8	0	56,902,000

2-3. 平成29年度 採用者および退職者の状況

(単位:人)

職種および雇用形態	当年度採用者数		当年度退職者数(勤続年数別)				
	新卒採用	中途採用	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 10年未満	10年以上	定年退職
介護職員	7.0	22.0	7.0	10.0	2.0	0.0	0.0
正規職員	5.0	7.0	3.0	4.0	2.0		
非正規職員	2.0	15.0	4.0	6.0			
看護職員	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員		2.0	1.0				
非正規職員			1.0				
保育職員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員							
非正規職員							
生活支援員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員							
非正規職員							
その他の職員	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0
正規職員				1.0			
非正規職員		2.0		1.0			
計(採用者/退職者)	7.0	26.0	9.0	12.0	2.0	0.0	0.0
正規職員	5.0	9.0	4.0	5.0	2.0	0.0	0.0
非正規職員	2.0	17.0	5.0	7.0	0.0	0.0	0.0

備考欄

--

顧客コード
10418

平成29年度決算 事業報告書 I

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて

〒 0220006
 法人本部の所在地 岩手県大船渡市立根字宮田9番地1
 (TEL) 0192-27-7111
 (FAX) 0192-26-5008

法人名 成仁会



代表者氏名 山崎 和彦

※システムで報告される場合、押印は必要ありません。

平成29年度事業等の状況を下記のとおり報告し、必要書類一式を別添のとおり提出します。

1-1. 基本情報

内容照会先	担当者名	山口清人	電話番号	0192-27-7111
			FAX番号	0192-26-5008

1-2. 担保等の変動状況

		変動内容	該当の有無 0無、1有	備考
変 動 状 況	法 人	(1) 代表者・名称(法人名、施設名等)・住所(法人本部、施設)の変更	0	欄外の[注]を ご参照ください。
		(2) 組織の吸収・合併、または事業の譲渡等	0	
		(3) 施設等の休・廃止等	0	
	建 物	(1) 融資対象建物の変更(増築・取壊・滅失、所有権の移転・賃借権の設定等)	0	
		(2) その他の建物の変更(取壊・滅失・所有権の移転・賃借権の設定等)	0	
	土 地	敷地状況の変更(地上権の設定・賃借権・譲渡、借地を購入等)	0	
	第 三 者	(1) 担保提供者の変更(相続・売買等)	0	
(2) 担保提供物件の変更(譲渡・地上権の設定・賃貸借等)		0		
保 証 人	保証人である理事の変動(交代・死亡等)	0		

1-3. 今後の施設整備について

(1) 今後5か年程度のうちに施設整備の予定はありますか	0:無 1:有	0	
(1)で「有」と回答された方にお伺いします。			
(2)-1 予定されているのはどの施設ですか。最も大きいものをお選びください。			
(2)-2 建築工事の着手は、いつ頃を予定されていますか。該当する年度をお選びください。			
(2)-3 総事業費はどれぐらいを考えていますか。	およそ		※未定の場合は0を入力ください 百万円

1-4. 地域医療構想への取り組み状況(病床を有する法人の方にお伺いします)

地域医療構想を踏まえた病床機能の転換等を図る予定(若しくは図った)はありますか	0	
---	---	--

自由記述欄

※決算状況における特殊要因がございましたらご記入下さい。(特に経常利益がマイナスの場合、その要因をご記入ください。)
 (記載例) 不測の事態、特別な事由により、著しく収益の増減が生じた / 新規事業に着手している / 不採算部門の閉鎖・縮小を行った 等

[注] 1. 報告対象となる会計期間末時点の状況をご記入ください。
 2. 上記変動内容について、該当する場合は「1.有」を選択してください。
 3. 2. の変動内容は、別途手続きが必要となります。手続きに関しては担当部署より確認の連絡を入れさせていただきますので、あらかじめご了承ください。