

事業所	フリガナ	サセボジギョウシヨ 佐世保事業所						指定書に記載される(されている)正式な事業所名を記入	
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号						マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入	
	電話番号	0956-12-3456						法人のメールアドレスを記入	
	E-Mail	sasebo@jigyosyo.co.jp							
事業所以外の	フリガナ							事業所以外の事務所でも事業を行っている場合は、こちらに記入	
	所在地	(郵便番号 -)							
	電話番号								
	E-Mail								
管理者	フリガナ	サセボ ジロウ	生年月日	1986 年 8 月 20 日			当事業所で兼務する場合は、記入 他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入		
	氏名	佐世保 次郎							
	住所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	高砂事業所						サービス提供責任者を記入。複数設置する場合は、2ページ目以降に記入	
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者として、週2・3日程度、8時間勤務							
サービス提供者	フリガナ	シドウ カンサ	生年月日	1995 年 2 月 22 日			定款等で当該事業について定めている条項を記入		
	氏名	指導 監査							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等	住所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町230番地30							
	第3条第1項第1号								
障害児対象事業(該当するものに○。重度訪問介護を除く。)	(該当) 非該当)	障害児対象の該当、非該当を記入							
利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)	2	利用する障害児の推定数を記入							
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	運営規程と一致させること
	○			○	○	○	○	○	
営業時間	その他(年末年始等)							12/29~1/3は休業日	運営規程と一致させること
	平日	8	:	30	~	17	:	15	
	土曜	8	:	30	~	17	:	15	
サービス内容	身体介護	○		身体介護(通院介助)	○			提供するサービス内容に○を付けること	
	家事援助	○		家事援助(通院介助)					
利用料	運営規程に定めるとおり							運営規程と一致させること	
その他の費用	運営規程に定めるとおり								
通常の事業の実施地域	佐世保市、佐々町(ただし、離島を除く)								

(備考)

- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
- 更新の場合には、「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

