

記入例

事業所	フリガナ 名称	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 名称																
	所在地	(郵便番号 -) 県 市															
	連絡先	電話番号				FAX											
	E-Mail																
管理者	フリガナ 氏名	サセボ ジロウ	生年月日	1986 年 8 月 20 日													
	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)		高砂事業所						当事業所で兼務する場合は、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	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	他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入								
	障害児対象事業(該当するものに○)	(<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 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)	1							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																	
事業所の体制	提供する障害福祉サービス	種類	事業所名														
		居宅介護	九十九事業所														
		重度訪問介護	九十九事業所														
第三者委託により提供する障害福祉サービス	種類	事業所名			所在地												
	就労継続支援B型		九十九事業所														
利用者からの連絡対応体制の概要		24時間体制にて対応															
利用者の推定数(人)	18																
主たる対象者(いずれかに○)	特定しない	<input type="radio"/>	I 類型	<input type="radio"/>		II 類型	<input type="radio"/>		III 類型	<input type="radio"/>	運営規程と一致させること						
営業日(該当する日に○)	日	<input type="radio"/>	月	<input type="radio"/>	火	<input type="radio"/>	水	<input type="radio"/>	木	<input type="radio"/>	金	<input type="radio"/>	土	<input type="radio"/>	祝	<input type="radio"/>	
	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
営業時間	平日	8	:	30	~	17	:	15									
	土曜	8	:	30	~	17	:	15									
	日・祝																

利用料	運営規程に定めるとおり			
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）			
協力医療機関	名称	佐世保病院	主な診療科名	内科

運営規程と一致させること

(備考)

1. 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。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「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。
3. 「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。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

事業所以外の事務所	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	
	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	
	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	

■サービス提供責任者

サービス提供責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		

■事業所の体制

事業所の体制	他に指定を受けている 障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	