

付表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		機能訓練		生活訓練		○		宿泊型自立訓練を実施する場合は○	
事業所	フリガナ 名 称	サセボジギョウシヨ 佐世保事業所							
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号							
	連絡先	電話番号	0956-12-3456		FAX	0956-45-6789			
	E-Mail	sasebo@jigyosyo.co.jp							
管理者	フリガナ 氏 名	サセボ ジロウ 佐世保 次郎		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)								
	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					
		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					
サービス責任者管理	フリガナ 氏 名	シドウ カンサ 指導 監査		生年月日	1995 年 2 月 22 日				
	住 所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町230番地30							
	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 第3条 第1項 第1号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
訪問事業の実施	有		無		○				
利用定員(人)	20								
利用者の推定数(人)	18.0								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
		○	○	○	○	○	○		
	その他(年末年始等)			12/29~1/3は休業日					
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			

記入例

指定書に記載される(されている)正式な事業所名を記入

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

法人のメールアドレスを記入

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

サービス管理責任者を記入。複数設置する場合は、3ページ目以降に記入

定款等で当該事業について定めている条項を記入

運営規程と一致させること

運営規程と一致させること

運営規程と一致させること

○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項									
事業所	フリガナ 名称	サセボジギョウショ セカンド 佐世保事業所 セカンド							
	所在地	(郵便番号 857 - 0028) 長崎 県 佐世保 市 八幡町8番40号							
	連絡先	電話番号	0956-55-5555			FAX	0956-66-6666		
	E-Mail	sasebo_second@jigyosyo.co.jp							
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏名	シドウ カンサ 指導 監査		生年月日	1995 年 2 月 22 日				
	住所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町230番地30							
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				第3条 第1項 第1号					
訪問事業の実施	有		無	○					
利用定員(人)	10								
利用者の推定数(人)	8.5								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
		○	○	○	○	○	○		
	その他(年末年始等)			12/29~1/3は休業日					
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			

指定書に記載される(されている)正式な従たる事業所名を記入
※本体と同一名称でも記入すること

定款等で当該事業について定めている条項を記入

従たる事業所のみ利用定員を記入

運営規程と一致させること

運営規程と一致させること

- (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、「利用者の推定数」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。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 ー) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 ー) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 ー) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 ー) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 ー) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 ー) 県 市				

■協力医療機関

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