

付表 7 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項

記入例

サービス種別(申請するものに○)		一般型	○	資格取得型	
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 1 0 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 2 3 0 番地 3 0			
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					
利用定員(人)		20			
利用者の推定数(人)		18.0			
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
提携就労支援機関		公共職業安定所			

指定書に記載される(されている)正式な事業所名を記入

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

○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			
	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			
利用定員(人)		10			
利用者の推定数 (人)		8.5			
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
提携就労支援機関 (備考)		公共職業安定所			

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

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。

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 -) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -) 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	