

付表 8 就労継続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○)		就労継続支援 A 型		就労継続支援 B 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						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 1 0 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		
	連絡先	電話番号	0956-12-3456		FAX	0956-45-6789		法人のメールアドレスを記入		
	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)							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	高砂事業所						他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入	
		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 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			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		
	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	定款等で当該事業について定めている条項を記入	
○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								運営規程と一致させること
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				

○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		
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

(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。

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

従たる事業所のみの利用定員を記入

運営規程と一致させること

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	