

付表１０ 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

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 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			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		
	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			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										
利用者の推定数 (人)		18.0							運営規程と一致させること	
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
		○	○	○	○	○				
営業時間	その他(年末年始等)									運営規程と一致させること
	平日	8	:	30	~	17	:	15		
	土曜		:		~		:			
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)

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				

▲ 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

