

付表 1 4 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談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○)		計画相談支援		○		障害児相談支援		○	
事業所	フリガナ	サセボジギョウシヨ							
	名称	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	サセボ ジロウ		生年月日	1986 年 8 月 20 日				
	氏名	佐世保 次郎							
	住所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町 5 番 1 号							
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有		○		無
	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							
相談支援専門員	フリガナ	サセボ ジロウ		生年月日	1986 年 8 月 20 日				
	氏名	佐世保 次郎		主任相談支援専門員に該当	有		○		無
	住所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町 5 番 1 号							
	フリガナ	シドウ カンサ		生年月日	1995 年 2 月 22 日				
	氏名	指導 監査		主任相談支援専門員に該当	有		無		
	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							
相談支援員	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏名			保有資格	社会福祉士		精神保健福祉士		
	住所	(郵便番号 -) 県 市							
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									
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)			12/29~1/3は休業日					
	平日	8		:	30	~	17	:	15
	土曜			:		~		:	
通常の事業の実施地域	日・祝			:		~		:	
	佐世保市、佐々町(ただし、離島を除く)								

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

他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入

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												
	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					生年月日							
	氏 名					年		月		日			
	住 所	(郵便番号 -)											
		県					市						
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無						有			無			
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											
相談支援専門員	フリガナ					生年月日	年		月		日		
	氏 名					主任相談支援専門員に該当		有			無		
	住 所	(郵便番号 -)											
		県					市						
	フリガナ					生年月日	年		月		日		
氏 名					主任相談支援専門員に該当		有			無			
住 所	(郵便番号 -)												
	県					市							
相談支援員	フリガナ					生年月日	年		月		日		
	氏 名					保有資格	社会福祉士		精神保健福祉士				
	住 所	(郵便番号 -)											
県					市								
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 条 第 項 第 号		
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)											
営業時間		平日	:				~						
		土曜	:				~						
		日・祝	:				~						
通常の事業の実施地域													

(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. 「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

■相談支援専門員及び相談支援員

相談支援専門員	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有		無
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有		無
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有		無
相談支援員	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(郵便番号 -) 県市				