

付表 1 5 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                                         |               |               |                 |         |         |    |                        | 指定書に記載される(されている)正式な事業所名を記入 |                                     |
|                                       | 名 称                        | 佐世保事業所                                            |               |               |                 |         |         |    |                        |                            |                                     |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 857 - 8585 )<br>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 |
|                                       | 電話番号                       | 0956-12-3456                                      |               |               |                 |         |         |    |                        |                            |                                     |
|                                       | E-Mail                     | sasebo@jigyosyo.co.jp                             |               |               |                 |         |         |    |                        | 法人のメールアドレスを記入              |                                     |
| 管理者                                   | フリガナ                       | サセボ ジロウ                                           |               | 生年月日          | 1986 年 8 月 20 日 |         |         |    | 他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入 |                            |                                     |
|                                       | 氏 名                        | 佐世保 次郎                                            |               |               |                 |         |         |    |                        |                            |                                     |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 857 - 0042 )<br>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 |         |         |    | 定款等で当該事業について定めている条項を記入 |                            |                                     |
|                                       | 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 )<br>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 )<br>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 - )<br>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                 |                            |                                                   |               |               |                 |         |         |    |                        | 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  |                        |                            |                                     |
|                                       |                            | ○                                                 | ○             | ○             | ○               | ○       |         |    |                        |                            |                                     |
| その他(年末年始等)                            |                            |                                                   |               | 12/29~1/3は休業日 |                 |         |         |    |                        | 運営規程と一致させること               |                                     |
| 営業時間                                  | 平日                         | 8                                                 | :             | 30            | ~               | 17      | :       | 15 |                        |                            |                                     |
|                                       | 土曜                         |                                                   |               |               | :               |         |         | :  |                        |                            |                                     |
|                                       | 日・祝                        |                                                   |               |               | :               |         |         | :  |                        |                            |                                     |
| 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)        |                                                   |               |               |                 |         |         |    |                        | 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 - )<br>県 市 |   |   |              |       |         |   |  |
|                                       | 連絡先                        | 電話番号             |   |   |              | FAX   |         |   |  |
|                                       | E-Mail                     |                  |   |   |              |       |         |   |  |
| 管理者                                   | フリガナ                       |                  |   |   | 生年月日         | 年 月 日 |         |   |  |
|                                       | 氏 名                        |                  |   |   |              |       |         |   |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )<br>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 - )<br>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 - )<br>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 - )<br>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<br>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 - )<br>県 市 |              |       |         |   |
|         |             |                  |              |       |         |   |
|         | フリガナ<br>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 - )<br>県 市 |              |       |         |   |
|         |             |                  |              |       |         |   |
| 相談支援員   | フリガナ<br>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 - )<br>県 市 |              |       |         |   |
|         |             |                  |              |       |         |   |
|         | フリガナ<br>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 - )<br>県 市 |              |       |         |   |
|         |             |                  |              |       |         |   |