

サビ管等OJT期間短縮に係る変更届の記載例

変更届出書

佐世保市長

令和5 年 11 月 1 日

主たる事務所の所在地 佐世保市八幡町1番10号
届出者 名称 社会福祉法人 させば会
代表者氏名 理事長 指導 監査 ㊟

〔 障 害 者 総 合 支 援 法 〕
〔 児 童 福 祉 法 〕

の規定により、次のとおり指定の内容を変更したので、届け出ます。

指定内容を変更した事業所 (共同生活援助にあつては、主たる事業所)	事業所番号	4	2	1	0	2	0	1	2	3	4												
	名 称	させば事業所																					
	所 在 地	佐世保市高砂町5番1号																					
	事業の種類	就労継続支援B型																					
変更があった事項												変更の内容											
1	事業所(施設)の名称											(変更前) 生活支援員として配置 ●● ●●											
2	事業所(施設)の所在地																						
3	申請者(設置者)の名称																						
4	申請者(設置者)の主たる事務所の所在地																						
5	申請者(設置者)の代表者の氏名及び住所																						
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)																						
7	医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類																						
8	提供する障害福祉サービスの種類(重度障害者等包括支援に限る。)																						
9	委託により提供している障害福祉サービスの種類及び事業所の名称																						
10	事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要																						
11	管理者の氏名、経歴及び住所																						
12	サービス提供責任者の氏名、経歴及び住所																						
13	サービス管理責任者の氏名、経歴及び住所											(変更後)											
14	相談支援専門員の氏名、経歴及び住所											【サービス管理責任者(OJTとして配置)】											
15	主たる対象者											氏名: ●● ●●											
16	運営規程											生年月日: ●●年●●月●●日											
17	介護給付費、訓練等給付費、療養介護医療費及び地域相談支援給付費の請求に関する事項											OJT期間: ●●年●●月●●日～											
18	事業所の種別(併設型・空床型・単独型の別)																						
19	併設型及び単独型における利用者の推定数(利用定員)又は空床型における当該施設の入所者の定員																						
20	協力医療機関及び協力歯科医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関等との契約の内容																						
21	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要																						
22	提携している公共職業安定所その他関係機関の名称																						
23	併設する施設がある場合、当該併設施設の概要																						
24	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要																						
変更年月日												令和5 年 11 月 1 日											
変更理由												サービス管理責任者等実践研修を受講するにあたり、サービス管理責任者OJTの位置付けとして配置するもの。											