

		受付番号						
主たる事業所	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(運営規程と一致)		
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号				マンション等や建物の2階等で実施する場合は、その建物名、階数まで記入		
	連絡先	電話番号	0956-12-3456	FAX番号	0956-45-6789	事業所ごとにメールアドレスがない場合は法人のメールアドレスを記入し、(事業所)か(法人)のいずれかを選択		
	メールアドレス	sasebo@jigyosyo.com (事業所)						
管理者	フリガナ 氏名	サセボ ジロウ 佐世保 二郎	住所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号		マンション等の場合は、部屋号数まで記入		
	同一敷地内の他の事業所 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				他の事業所で兼務する場合は、その事業所の名称・職種・勤務時間を記入		
		兼務する職種及び 勤務時間等						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 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		
各事業の利用定員数		共同生活援助事業		10	人			
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名	サセボ ハナコ 佐世保 花子	住所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号		マンション等の場合は、部屋号数まで記入		
	サービスの提供形態 (該当部分に○)	介護サービス包括型	<input type="radio"/>	生活支援員の業務の外部委託の予定	無		サービス提供形態に「○」を付ける	
		日中サービス支援型		生活支援員の業務の外部委託の予定	有・無		外部サービス利用型の場合は、受託居宅介護サービス事業所の名称と所在地を記入	
		外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業 者が事業を行う事業所の 名称・所在地、当該事業者 の名称・所在地	事業所名称 所在地	事業者名称 所在地		
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		世話人		生活支援員		「従業者数」は、各々の該当する項目に「実人数」を記入 「常勤換算後の人数」は、従業者の種類ごとに常勤換算方法に基づき算出した人数を記入 ※常勤換算後の人数は、小数点第2位以下を切り捨てること	
		専従	兼務	専従	兼務	専従		兼務
	従業者数	常勤(人)	1	2	1	2		5
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)	0.5		4.0		2.0		
	基準上の必要人数(人)							
障害者支援施設等との 連携体制等	連携施設の種別・名称	(種別) (名称)				連携体制がある場合は、そのサービス種別・施設等の名称・支援体制の概要を記入		
	支援体制の概要							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	していない				第三者評価を実施している場合のみ「している」を選択 ※第三者委員の設置ではない		
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	0956-12-3456	担当者	佐世保 花子	苦情受付担当者と連絡先を記入		
	その他	なし						
協力医療機関	名称	佐世保病院	主な診療科名	内科、精神科		正式な医療機関名と診療科目を記入(契約書と一致)		
協力歯科医療機関	名称	佐世保歯科医院				努力義務ではあるが、協力歯科医療機関を定めている場合は、記入(契約書と一致)		
添付書類	別添のとおり(定款、寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)等							

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。