（付表12）

就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

記入例

※1　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
※2　従たる事業所がある場合は、本表に主たる事業所の内容を記載するとともに、付表11－2を併せて提出してください。

（　就労継続支援A型・就労継続支援B型　）

受付番号					
事業所	フリガナ	サセボジギョウショ			
	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10号			
	連絡先	電話番号	0956-12-3456	FAX番号	0956-45-6789
		メールアドレス	sasebo@jigyosyo.com		（事業所）
管理者	フリガナ	サセボ　ジロウ	住　所	（郵便番号　857　－　0042　） 長崎　県　佐世保　市 高砂町5番1号	
	氏　名	佐世保　二郎			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等		第　3　条第　1　項第　1　号			
サービス管理責任者	フリガナ	サセボ　ハナコ	住　所	（郵便番号　857　－　0042　） 長崎　県　佐世保　市 高砂町5番1号	
	氏　名	佐世保　花子			

従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤（人）	1		1		3		2			
	非常勤（人）					1					
常勤換算後の人数（人）		1.0		1.0		3.5		2.0			
基準上の必要人数（人）											

		その他の従業者	
		専従	※兼務
従業者数	常勤（人）		
	非常勤（人）	1	
常勤換算後の人数（人）		0.5	
基準上の必要人数（人）			

前年度の平均利用者数	18.0　人		
主な掲示事項			
利用定員	20　人	基準上の必要定員	人

主たる対象者	特定無し	身体障害者				
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害
	○					
	知的障害者	精神障害者	難病等対象者			

利用料	運営規程に定めるとおり				
その他の費用	運営規程に定めるとおり				
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			
	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
	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	
添付書類	別添のとおり（定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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、主たるサービス対象者を特定する理由等）				

いずれかを選択すること

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）

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

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

マンション等の場合は、部屋号数まで記入

定款等で当該事業について定めている条項を記入

マンション等の場合は、部屋号数まで記入

「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

前年度の平均利用者数を記入（小数点第２位を切り上げ）（参考様式14で算出可能）
※新規の場合は、定員×0.9で算出した値を記入

運営規程と一致

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

苦情受付担当者と電話番号を記入

正式な医療機関名と診療科目を記入（契約書と一致）

（備考）
1.「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3.「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4.「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5.「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7.「その他の費用」欄には、入所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記載してください。