

付表10-1 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

※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 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。

事業所No

施設	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----													
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号								
	フリガナ			住所	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----										
	氏名														
当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)															
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													
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号											
訪問事業の実施の有無				有・無				宿泊型事業の実施の有無				有・無			
サービス管理責任者	フリガナ							住所	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----						
	氏名														
従業者の職種・員数		従業員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者			
				専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
		常勤(人)													
		非常勤(人)													
		常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)															
前年度の平均利用者数(人)															
居室(宿泊型実施の場合)		1室の最大定員								人		人以下			
		入所者1人あたりの最小床面積								㎡		㎡			
主な掲示事項															
営業日															
営業時間															
主たる対象者		特定無し		細分無し		肢体不自由		身体障害者							
								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									
利用定員				人											
基準上の必要定員				人											
利用料															
その他の費用															
通常の事業の実施地域															
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない									
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)				担当者					
		その他													
協力医療機関		名称						主な診療科名							
多機能型実施の有無															
一体的に管理運営する その他の事業所															
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)													

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。