

付表8 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型		
事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 - ) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX		
	E-Mail					
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					
	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				
サービス責任者管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	(郵便番号 - ) 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					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項						
利用定員(人)						
利用者の推定数(人)						
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
協力医療機関		名称		主な診療科名		
○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 - ) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX		
	E-Mail					
サービス責任者管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	(郵便番号 - ) 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					
利用定員(人)						
利用者の推定数(人)						
利用料						

その他の費用	
--------	--

通常の事業の実施 地域				
協力医療機関	名称		主な診療科名	

(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. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - ) 県 市		

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	