

付表2 医療型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ 名称										
	所在地	(〒 - )									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	メールアドレス	@									
管理者	フリガナ 氏名					住所	(〒 - )				
	当該事業所の他の職務又は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								
			兼務する職種及び勤務時間等								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号
併設する施設の名称及び概要		名称									
		概要									
児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏名					住所	(〒 - )				
従業者の職種・員数		医師		看護職員		児童指導員		保育士		栄養士	
		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)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		調理員		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		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)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
設備部分等 (設置部分を○で囲む)		指導訓練室 ・ 屋外訓練場 ・ 相談室 ・ 調理室 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 ※医療法に規定する診療所として必要な設備を満たしていること									
主な掲示事項											
営業日											
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : )									
利用定員		人 (単位ごとの定員) (①: 人 ②: 人)									
利用料											
その他の費用											
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									
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無									
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、設備・備品等一覧表、実務経験証明書又は実務経験見込申立書、雇用証明書又は雇用確約証明書、誓約書)、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの									

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数(人)」「基準上の必要値」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業に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 「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、入所児又は保護者等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。