

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	メールアドレス											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏名					事業所等の名称						
	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)					兼務する職種及び勤務時間等						
事業所の種別	併設型・空床型・単独型				併設型・単独型の場合	利用定員数(人)						
						前年度の平均入所者数(人)						
併設(本体)施設	名称											
施設種別等												
併設(本体)施設の入所者の定員(人)												
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積				㎡			
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	専従		※兼務		医師		看護職員		心理判定員		
		専従		※兼務		専従		専従		専従		
	従業者数	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)												
従業者の職種・員数(人)	職能判定員	専従		※兼務		理学療法士等		あん摩マッサージ指圧師		生活支援員		
		専従		※兼務		合計		合計		合計		
	従業者数	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)												
従業者の職種・員数(人)	職業指導員	専従		※兼務		就労支援員		介護職員		児童指導員		
		専従		※兼務		専従		専従		専従		
	従業者数	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)												
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												
主な揭示事項												
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者										
利用料												
その他の費用												
通常の送迎の実施地域												
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						
一体的に管理運営される他の事業所												
添付書類	別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、建物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、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、協力医療機関との契約の内容がわかるもの、誓約書)											

- (備考)
- 「受付番号」「基準上の必要人数」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。
  - 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
  - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
  - 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
  - 「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記載してください。
  - 共生型短期入所の申請の場合、以下の書類を省略することができます。
    - 登記事項証明書又は条例等
    - 事業所平面図及び概要
    - 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
    - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
    - 協力医療機関との契約の内容がわかるもの