

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------|---|-------------|--------|---|-----|--|
| 事業所 | フリガナ 名 称 | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | |
| | E-Mail | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏 名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | (郵便番号 -) | | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 児童発達支援 管理責任者 | フリガナ 氏 名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | (郵便番号 -) | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 専用の区画の有無 | 有 | | 無 | | | | | |
| 営業日(該当する日に○) | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 祝 | |
| | その他(年末年始等) | | | | | | | |
| 営業時間 | 平日 | : | | ~ | | : | | |
| | 土曜 | : | | ~ | | : | | |
| | 日・祝 | : | | ~ | | : | | |
| 利用料 | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | |
| 通常の実業の実施地域 | | | | | | | | |
| 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. 「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。

