

付表18 保育所等訪問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						
<b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>								
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								
通常の事業の実施地域								

(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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

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 - )	
	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )	
	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )	
	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )	
	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )	