

付表 障害児通所支援事業等に係る記載事項

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	
当該事業について定めてある条例、定款等の条文			第 条 第 項 第 号		
者(施設 管理 長)	フリガナ	(郵便番号)			
	氏名	住所			
従業者 (指導員) の員数			従業者(指導員)		職務の内容
			専従	兼務	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
基準上の必要人数(人)					
主な 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	通常の事業実施地域				
添付書類		別添のとおり(定款、寄附行為等、経歴書、事業計画書、収支予算書等) / 指定申請書等と同様につき省略			

(備考)

1. 「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
2. 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様に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
4. 「添付書類」については、県に障害児通所支援事業の指定申請を行い、指定を受けている場合には省略して差し支えありません。その際、当該欄には「指定申請書等と同様につき省略」と記載して下さい。

付表 障害児通所支援事業等に係る記載事項

<記入例>

事業所	フリガナ	マルマルジドウハッタツシエンセンター			
	名称	●●児童発達支援センター			
	所在地	(郵便番号) 260-0002 千葉市中央区××町1-2			
	連絡先	電話番号	043-223-2335	FAX番号 043-222-4131	
当該事業について定めてある条例、定款等の条文		第 2 条 第 3 項 第 5 号			
者(施設責任長)	フリガナ	カクカク バツバツ		住所 (郵便番号) 260-0002 千葉市中央区★★2-1-3	
	氏名	■■ ××			
従業者(指導員)の員数			従業者(指導員)		職務の内容 利用者の指導、訓練
			専従	兼務	
	常勤(人)	0	2		
	非常勤(人)	0	5		
		基準上の必要人数(人)			
主な掲示事項	営業日	月曜日～土曜日、但し、12月30日～1月3日及び祝祭日を除く			
	営業時間	9:00～18:00			
	通常の事業実施地域	松戸市、市川市			
添付書類		別添のとおり(定款、寄附行為等、経歴書、事業計画書、収支予算書等)			

(備考)

1. 「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
2. 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様に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。