

付表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		機能訓練		生活訓練		宿泊型自立訓練を実施する場合は○		
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 -)						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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							
サービス 責任者 管理	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								
訪問事業の実施	有		無					
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)								
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								
協力医療機関	名称				診療科名			
○一体的に実施する従たる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							
サービス 責任者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						

管理	住所							
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						
訪問事業の実施	有	無						
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)								
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								
協力医療機関	名称				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. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	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 -)				

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	