

付表9 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地		(〒 -) 札幌市 区									
	連絡先		電話番号 ()				F A X 番号 ()		代表メールアドレス			
管理者	フリガナ			住所	(〒 -) 市 区 郡 町・村							
	名 前											
	他事業所との兼務の有無(同一敷地内を除く)				有 ・ 無							
	兼 務 ①	同一敷地内 ・ 上記以外	事業所等の名称及び種別 兼務する職種 及び勤務時間帯			AM・PM : ~ AM・PM :						
	兼 務 ②	同一敷地内 ・ 上記以外	事業所等の名称及び種別 兼務する職種 及び勤務時間帯			AM・PM : ~ AM・PM :						
管理児童発達支援責任者	フリガナ			住所	(〒 -) 市 区 郡 町・村							
	名 前											
	当該事業所の管理者との兼務についての有無				有 ・ 無							
従事者の種類・員数		児童発達支援管理責任者		訪問支援員								
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
		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、当該支援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												
営業日												
営業時間												
サービス提供時間												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
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										
多機能型実施の有無		無 ・ 有 (事業種別 :)										
協力医療機関		名称					主な診療科名					
一体的に管理運営を行う他の事業種別												