

付表11 就労継続支援（A型・B型）事業の指定に係る記載事項

※指定申請する事業を○で囲んでください。

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地		(〒 - ) 札幌市 区								
	連絡先	電話番号	( )		FAX番号		( )				
管理者	フリガナ				住所		(〒 - ) 市・町 村 区				
	名前										
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (業務の場合記入)		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 :				
	サービス 管理責任者		フリガナ		住所		(〒 - ) 市 区				
従事者の種類・員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		その他の従業者			
		専従		※兼務		専従		※兼務		専従	
従業員数		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)											
前年度の平均利用者数(人)											
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第 条 第 項 第 号							
主な揭示事項											
主たる対象者		特定無し・身体障がい者（細分無し・肢体不自由・視覚障がい・聴覚・言語・内部障がい） 知的障がい者・精神障がい者									
利用定員(人)				基準上の必要定員(人)							
その他の費用											
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									
協力医療機関		名称		主な診療科名							
併設する施設		名称									
		概要									
多機能型実施の有無				有・無							
一体的に管理運営を行う他の事業種別											

付表11-2 一体的に実施する従たる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 @									
訪問事業の実施の有無			有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無			有 ・ 無						
サービス責任者	フリガナ		住所		(〒 - ) 市・町 区									
	名前													
従事者の種類・員数			サービス管理責任者		看護職員		生活支援員		訪問支援員		その他の事業者			
			専従		※兼務		専従		※兼務		専従		※兼務	
			従業員数		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)														
前年度の平均利用者数(人)														
居室(宿泊型実施の場合)			1室の最大定員				人		人以上					
			入所者1人あたりの最小床面積				㎡		㎡					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 項 第 項 第 号									
主な揭示事項														
営業日														
営業時間														
利用定員(人)														