

指定特定相談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 ( )								
管理者	フリガナ			住所	(〒 - ) 市 区 郡 町・村						
	名前										
	当該事業所における相談支援員との兼務の有無				有 ・ 無						
	他の事業所従業者との兼務の有無(有の場合は下記)				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		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		AM・PM : ~ AM・PM :						
従事者の種類・員数		相談支援専門員		その他の従業員							
		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、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号						
総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法											
事業の主たる対象とする障がいの種類の定めの有無		有 ・ 無									
主たる対象者としていない者への対応体制											
医療機関や行政との連携体制											
計画的な研修又は当該事業所における事例の検討を行う体制											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
サービス提供時間											
主たる対象者		特定無し ・ 身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 障がい児 ・ 難病等									
その他の費用											
通常事業の実施地域											
一体的に管理運営を行う他の事業種別											