

指定障害児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(重症心身障がいを除く) ・ 肢体不自由 ・ 盲 ・ ろうあ 知的障がい ・ 重症心身障がい ・ 自閉症 ・ その他() | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |