

付表2 児童発達支援事業所（児童発達支援センター以外）の指定に係る記載事項【主たる事業所】

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 ()								
	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 :								
児童発達支援 管理責任者	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	児童指導員	保育士	障害福祉サービス経験者	その他の従業者					
		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)											
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)											
設備基準上必要な設備		支援の提供に必要な設備及び備品等									
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											
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 ・ その他()									
消防設備		消火器 ・ 自動火災報知設備 ・ 火災通報装置 ・ スプリンクラー									
利用定員		人 (単位ごとの定員) (① ②)									
その他の費用											
実施サービス		送迎サービスの有無				有 ・ 無					
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					
従たる事業所の有無		有 ・ 無									
一体的に管理運営を行う他の事業種別											