

付表9 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項(主たる事業所)

		分類		障害者支援施設		宿泊型自立訓練		その他		
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									
	当該自立訓練事業所で兼務するほかの職種(兼務の場合のみ記入)									
	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 :					
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 管理責任者	フリガナ									
	名前			住所	(〒 -) 市 区 郡 町・村					
					兼務	事業種別 AM・PM : ~ AM・PM :				
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		生活支援員(訪問)		
		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)										
前年度の平均利用者数(人) ※新規事業所の場合は推定値		宿泊型自立訓練				宿泊型自立訓練以外				
居室(宿泊型実施の場合)								基準上の必要値		
		1室の最大定員				人		1人以上		
		入所者1人あたりの最小床面積				㎡		7.43 ㎡		
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						
主な掲示事項										
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(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・難病等対象者								
利用定員(人)						基準上の必要定員(人)				
その他の費用										
多機能型実施の有無		無・有(事業種別:)								
通常事業の実施地域										
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								
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										

付表9-2 一体的に実施する従たる自立訓練(生活訓練)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					
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(〒 -) 市 区 郡 町・村								
	名前			兼務	事業種別	AM・PM : ~ AM・PM :							
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		生活支援員(訪問)					
		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)													
前年度の平均利用者数(人) ※新規事業所の場合は推定値													
居室(宿泊型実施の場合)								基準上の必要値					
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						㎡		㎡					
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 項 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													
利用定員(人)													