

付表 8 障害者支援施設の指定に係る記載事項

(表)

		事業所番号								
施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	郵便番号 ()								
	連絡先	電話番号	-	-	FAX番号	-	-			
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 ()					
管理者	フリガナ									
	氏名	住所	郵便番号 ()							
	他の職務との兼務の有無及び職種		有・無	職種						
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所又は施設の名称等		名称	1) _____ 2) _____						
		サービス種類	1) _____ 3) _____ 2) _____ 4) _____							
		職種	1) _____ 3) _____ 2) _____ 4) _____							
		勤務時間	: ~ : (実働 時間 分)							
従業員の職種・員数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		医師		心理判定員		職能判定員	
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
	職種・勤務形態		看 護 員		看 護 員		看 護 員		看 護 員	
	常勤・非常勤の別		保健師		看護師		准看護師		看護職員計	
	常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
	職種・勤務形態		理 学 療 法 士 等		理 学 療 法 士 等		理 学 療 法 士 等		理 学 療 法 士 等	
	常勤・非常勤の別		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		理学療法士等計	
	常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
	職種・勤務形態		生 活 支 援 員		生 活 支 援 員		生 活 支 援 員		就 労 支 援 員	
	常勤・非常勤の別		通所・入所		訪 問		生活支援員計		就 労 支 援 員	
	常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
	職種・勤務形態		専従		専従		専従		専従	
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
併設する他の社会福祉施設	施設名									
	施設種別									
旧法施設からの移行状況	旧法施設名									
	旧法施設種別									
	経過措置の有無	有・無								
	特定旧法受給者数	人								
設備基準上の数値記載項目等	居 室		廊 下							
	1室の最大定員	入所者1人あたりの最小床面積	廊下の幅	中廊下の幅						
	人	m ²	m	m						

(裏)

主 な	提供する施設障害 福祉サービスの 種類及び利用定員	施設入所 支 援	昼 間 実 施 サ ー ビ ス					
			生活介護	自立訓練 機能訓練	就労移行 支 援	就労継続支援 A型	B型	利用定員 合計
		人	人	人	人	人	人	人
掲 示	と そ の 他 事 項 考 慮	第三者評価の実施状況	している(実施先:)・ していない					
	苦情解決の措置概要	窓 口 担当者				電 話	- -	
	そ の 他							
事 項	協力医療機関	フリガナ					主な診 療科名	
		名 称						
添 付 書 類	協力歯科医療機関	フリガナ						
		名 称						
添 付 書 類		別紙「添付書類一覧表」のとおり						

付表 8 の 2 障害者支援施設において実施する昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項（その1）

枚 / 枚
単位 / 単位

事業所番号

施設		フリカナ													
施設名称															
昼間実施サービス(1)	サービス種別												利用定員	人	
	サービス管理責任者	フリカナ			住所	郵便番号 ()									
		氏名				都府県	郡市								
	資格要件	実務経験		他の職務との兼務の有無及び職種		有・無		職種		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済・未受講	
		資格種類								サービス管理責任者研修		受講済・未受講			
	サービス提供日		月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	前年度開始日	後年度終了日	備考	
	サービス提供時間		時 分 ~ 時 分										備考		
	サービスを提供する主たる対象者		身体障害者		知的障害者		精神障害者		難病等対象者						
	利用料														
	その他の費用														
	通常の事業の実施地域		1)		2)		3)		4)		5)		備考		
			6)		7)		8)		9)		10)				
	前年度利用者数 (又は推定数)		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均障害支援区分	平均利用者数				
			人	人	人	人	人	人	日		人				
昼間実施サービス(2)	サービス種別												利用定員	人	
	サービス管理責任者	フリカナ			住所	郵便番号 ()									
		氏名				都府県	郡市								
	資格要件	実務経験		他の職務との兼務の有無及び職種		有・無		職種		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済・未受講	
		資格種類								サービス管理責任者研修		受講済・未受講			
	サービス提供日		月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	前年度開始日	後年度終了日	備考	
	サービス提供時間		時 分 ~ 時 分										備考		
	サービスを提供する主たる対象者		身体障害者		知的障害者		精神障害者		難病等対象者						
	利用料														
	その他の費用														
	通常の事業の実施地域		1)		2)		3)		4)		5)		備考		
			6)		7)		8)		9)		10)				
	前年度利用者数 (又は推定数)		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均障害支援区分	平均利用者数				
			人	人	人	人	人	人	日		人				
施設入所支援	サービスを提供する主たる対象者		身体障害者		知的障害者		精神障害者		難病等対象者						
	利用料														
	その他の費用														
	前年度利用者数 (又は推定数)		区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均障害支援区分	平均利用者数					
		人	人	人	人	人	日		人						
短期入所	実施の有無		無・有		〔空床型・併設型〕		利用定員		〔併設型のみ〕		人				
	前年度利用者数 (又は推定数)	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均障害支援区分	平均利用者数					
		空床型	人	人	人	人	人	人	日		人				
		併設型	人	人	人	人	人	日		人					

付表 8 の 3 障害者支援施設において実施する昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項（その2）

枚 / 枚
単 位 / 単 位

（生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援）

事業所番号

施設	フリガナ		事業所番号														
	名称																
従業者の職種・員数	生活介護・自立訓練 （機能訓練）・自立訓練 （生活訓練）	職種・勤務形態		サービス管理責任者		医 師		生活支援員		精神保健福祉士							
		常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		常 勤（人）															
		非 常 勤（人）															
		常勤換算後の人数（人）															
		職種・勤務形態		看 護 職 員													
		常勤・非常勤の別		保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計							
		常 勤（人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		非 常 勤（人）															
		常勤換算後の人数（人）															
		職種・勤務形態		理 学 療 法 士 等													
		常勤・非常勤の別		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		理学療法士等計							
	常 勤（人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	非 常 勤（人）																
	常勤換算後の人数（人）																
	職種・勤務形態																
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	常 勤（人）																
	非 常 勤（人）																
	常勤換算後の人数（人）																
	（就労移行） ・ （就労移行） ・ （就労継続） ・ （就労継続）	職種・勤務形態		サービス管理責任者		職 業 指 導 員											
		常勤・非常勤の別				兼 教 官		左記以外		職業指導員計							
		常 勤（人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		非 常 勤（人）															
常勤換算後の人数（人）																	
職種・勤務形態		生活支援員						就労支援員									
常勤・非常勤の別		通 所		訪 問		生活支援員計											
常 勤（人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
非 常 勤（人）																	
常勤換算後の人数（人）																	
施設入所支援		職種・勤務形態		サービス管理責任者		生活支援員		栄 養 士									
		常勤・非常勤の別															
	常 勤（人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	非 常 勤（人）																
	常勤換算後の人数（人）																
	職種・勤務形態																
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	常 勤（人）																
非 常 勤（人）																	
常勤換算後の人数（人）																	

付表9 自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

(表)

(単 独 ・ 多 機 能)

事業所番号

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	郵便番号 ()															
	連絡先	電話番号	— —				FAX番号	— —									
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	()
管 理 者	フリガナ				住所	郵便番号 ()											
	氏名				住所	都	道	府	県	郡	市						
	他の職務との兼務の有無及び職種				有・無	職 種											
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所又は施設の名称等				名 称	1) -----											
					サービス種類	1) ----- 3) -----											
職 種					1) ----- 3) -----												
勤務時間					2) ----- 4) -----												
								: ~ : (実働 時間 分)									
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ				住所	郵便番号 ()											
	氏名				住所	都	道	府	県	郡	市						
	他の職務との兼務の有無及び職種				有・無	職 種											
	資格要件		実務経験		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済・未受講								
			資格種類				サービス管理責任者研修		受講済・未受講								
フリガナ				住所	郵便番号 ()												
氏名				住所	都	道	府	県	郡	市							
他の職務との兼務の有無及び職種				有・無	職 種												
資格要件		実務経験		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済・未受講									
		資格種類				サービス管理責任者研修		受講済・未受講									
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		生活支援員（通所）		生活支援員（訪問）										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常勤・非常勤の別																
	常 勤 (人)																
	非 常 勤 (人)																
	常勤換算後の人数 (人)																
	職種・勤務形態		看 護 職 員														
			保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計								
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常 勤 (人)																
	非 常 勤 (人)																
	常勤換算後の人数 (人)																
	職種・勤務形態		理 学 療 法 士 等														
			理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		歩行訓練士								
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
常 勤 (人)																	
非 常 勤 (人)																	
常勤換算後の人数 (人)																	
職種・勤務形態		理学療法士等計															
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
常勤・非常勤の別																	
常 勤 (人)																	
非 常 勤 (人)																	
常勤換算後の人数 (人)																	

(裏)

訪問による自立訓練の実施の有無		無 ・ 有										
短期入所の実施の有無		有 ・ 無		短期入所の利用定員		名						
前年度利用者数 (又は推定数)	機能訓練	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均利用者数		
	短期入所	人	人	人	人	人	人	人	日	人		
主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考
	営業時間	平日	時		分		～		時		分	
		土曜	時		分		～		時		分	
		日・祝日	時		分		～		時		分	
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考
	サービス提供時間	時		分		～		時		分		
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者 肢体不自由		視覚		聴覚・言語		知的障害者		精神障害者		難病等対象者
	利用定員	人		単位ごとの定員		人						
	従たる事業所の有無	有 ・ 無		従たる事業所に おいて実施する サービス種別		1) 2)		3) 4)				
	利用料											
その他の費用												
通常の実施地域	1)		2)		3)		4)		5)		備考	
	6)		7)		8)		9)		10)			
食事提供の有無	有 ・ 無											
と そ な る 他 事 参 考 項	第三者評価の実施状況	している(実施先:) ・ していない										
	苦情解決の措置概要	窓口										
		担当者			電話	-		-				
その他												
協力医療機関	フリガナ								主な 診療 科名			
	名称											
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり											

付表9の2 従たる自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項
（表）

（単 独 ・ 多 機 能）

		事業所番号																	
事業所	フリガナ																		
	名称																		
	所在地	郵便番号（		）		大阪府		郡市											
	連絡先	電話番号	-		-		FAX番号	-		-									
本体事業所	フリガナ																		
	名称																		
	所在地	郵便番号（		）															
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	（	）
サービス管理責任者	1	フリガナ			住所	郵便番号（		）											
		氏名				都道府県	郡市												
		他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職 種												
		資格要件	実務経験			研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講										
			資格種類				サービス管理責任者研修		受講済・未受講										
	2	フリガナ			住所	郵便番号（		）											
		氏名				都道府県	郡市												
		他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職 種												
		資格要件	実務経験			研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講										
			資格種類				サービス管理責任者研修		受講済・未受講										
従業者の職種・員数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		生活支援員（通所）		生活支援員（訪問）												
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
	常勤・非常勤の別																		
	常 勤（人）																		
	非 常 勤（人）																		
	常勤換算後の人数（人）																		
	職種・勤務形態		看 護 職 員																
			保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計										
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
	常 勤（人）																		
	非 常 勤（人）																		
	常勤換算後の人数（人）																		
	職種・勤務形態		理 学 療 法 士 等																
			理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		歩行訓練士										
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
	常 勤（人）																		
	非 常 勤（人）																		
	常勤換算後の人数（人）																		
	職種・勤務形態		理学療法士等計																
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
常勤・非常勤の別																			
常 勤（人）																			
非 常 勤（人）																			
常勤換算後の人数（人）																			

(裏)

訪問による自立訓練の実施の有無		無 ・ 有											
短期入所の実施の有無		有 ・ 無		短期入所の利用定員		名							
前年度 利用者数 (又は推定数)		非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度 開所日数	平均 利用者数			
	機能訓練	人	人	人	人	人	人	人	日	人			
	短期入所	人	人	人	人	人	人	人	日	人			
主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年 末 年 始 夏 季 其 他	備 考	
	営業時間	平日		時		分		～		時		分	
		土曜		時		分		～		時		分	
		日・祝日		時		分		～		時		分	
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年 末 年 始 夏 季 其 他	備 考	
	サービス提供時間	時		分		～		時		分			
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者 肢体不自由 視覚 聴覚・言語 内部				知的障害者		精神障害者		難病等対象者			
	利用定員	人		単位ごとの定員		人							
	利用料												
	その他の費用												
通常の事業の実施地域	1)		2)		3)		4)		5)		備 考		
	6)		7)		8)		9)		10)				
食事提供の有無	有 ・ 無												
と そ の 他 の 事 項	第三者評価の実施状況	している(実施先: _____) ・ していない											
	苦情解決の措置概要	窓口											
		担当者					電話	-		-			
	その他												
協力医療機関	フリガナ								主な 診療 科名				
	名称												
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり												

付表 10 自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

(表)

(単 独 ・ 多 機 能)

事業所番号

事業所		フリガナ		名称		所在地		郵便番号 ()		連絡先		電話番号		FAX番号		第 条 第 項 第 号 ()				
管 理 者	フリガナ		氏 名		住所		郵便番号 ()		都 道 府 県		郡 市		他の職務との兼務の有無及び職種		有 ・ 無		職 種			
	同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所等の名称等		名 称		1)		2)		1)		3)		2)		4)		1)		3)	
			サービス種類		1)		2)		1)		3)		2)		4)		1)		3)	
			職 種		1)		2)		1)		3)		2)		4)		1)		3)	
		勤務時間		: ~ :		(実働 時間 分)														
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ		氏 名		住所		郵便番号 ()		都 道 府 県		郡 市		他の職務との兼務の有無及び職種		有 ・ 無		職 種			
	資格要件		実務経験		資格種類		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講		サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講					
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		生活支援員		生活支援員（訪問）		地域移行支援員											
	常勤・非常勤の別		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務			
	常 勤 (人)																			
	非 常 勤 (人)																			
	常勤換算後の人数 (人)																			
	職種・勤務形態		看 護 職 員																	
	常勤・非常勤の別		保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計											
	専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従			
	常 勤 (人)																			
	非 常 勤 (人)																			
常勤換算後の人数 (人)																				
職種・勤務形態		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務				
常 勤 (人)																				
非 常 勤 (人)																				
常勤換算後の人数 (人)																				
宿泊型自立訓練事業の実施の有無		無 ・ 有		訪問による自立訓練の実施の有無		無 ・ 有														
併設する障害者就業・生活支援センターの有無及びその名称		無 ・ 有 (名称 :)																		
短期入所の実施の有無		有 ・ 無		短期入所の利用定員		名														
前 年 度 利 用 者 数 (又は推定数)	非該当		区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	前年度 開所日数	平均 利用者数										
	生活訓練		人	人	人	人	人	人	日	人										
	短期入所		人	人	人	人	人	人	日	人										

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備	
										業	日	夏	季	者		
											日	そ	の	他		
	営業時間	平	日							時	分	～			時	分
		土	曜							時	分	～			時	分
		日	・	祝	日					時	分	～			時	分
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備	
										業	日	夏	季	者		
											日	そ	の	他		
	サービス提供時間									時	分	～			時	分
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者		知的障害者		精神障害者		難病等対象者								
		肢体不自由		視覚・聴覚・言語・内部												
	利用定員	人（うち宿泊型自立訓練事業利用定員 人）														
	従たる事業所の有無	有・無		従たる事業所に1) おいて実施する2) サービス種別		3)		4)								
利用料																
その他の費用																
通常の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)	備考										
	6)	7)	8)	9)	10)											
食事提供の有無	有・無															
と そ な る 他 事 項 考	第三者評価の実施状況	している（実施先： _____）・ していない														
	苦情解決の措置概要	窓口														
		担当者				電話	—		—							
	その他															
協 力 医 療 機 関	フリガナ											主な 診療 科名				
	名称															
添 付 書 類	別紙「添付書類一覧表」のとおり															

付表10の2 従たる自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項
（表）

（単 独 ・ 多 機 能）

事業所番号

事業所	フリガナ																	
	名 称																	
	所在地	郵便番号（ ） 大阪府 郡 市																
	連絡先	電話番号	-	-	F A X 番号	-	-											
本 体 事 業 所	フリガナ																	
	名 称																	
	所在地	郵便番号（ ）																
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	（	）
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ				住所	郵便番号（ ） 都 道 府 県 郡 市												
	氏 名				住所	都 道 府 県 郡 市												
	1	他の職務との兼務の有無及び職種			有 ・ 無	職 種												
	資 格 要 件	実務経験				研 修 の 受 講 状 況	相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講									
		資格種類					サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講									
	フリガナ				住所	郵便番号（ ） 都 道 府 県 郡 市												
	2	他の職務との兼務の有無及び職種			有 ・ 無	職 種												
	資 格 要 件	実務経験				研 修 の 受 講 状 況	相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講									
		資格種類					サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講									
	従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		生活支援員		訪問支援員										
専従				兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
常勤・非常勤の別																		
常 勤 (人)																		
非 常 勤 (人)																		
常勤換算後の人数 (人)																		
職種・勤務形態		看 護 職 員																
		保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計										
常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
常 勤 (人)																		
非 常 勤 (人)																		
常勤換算後の人数 (人)																		
職種・勤務形態		サービス管理責任者		生活支援員		訪問支援員												
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務									
常勤・非常勤の別																		
常 勤 (人)																		
非 常 勤 (人)																		
常勤換算後の人数 (人)																		
宿泊型自立訓練事業の実施の有無			無 ・ 有		訪問による自立訓練の実施の有無			無 ・ 有										
併設する障害者就業・生活支援センターの有無及びその名称			無 ・ 有 (名称：)															
短期入所の実施の有無			有 ・ 無		短期入所の利用定員		名											
前 年 度 利 用 者 数 (又は推定数)	非該当		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度 開所日数	平均 利用者数								
	生活訓練		人	人	人	人	人	人	日	人								
	短期入所		人	人	人	人	人	人	日	人								

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備
										業	夏	季		考	
										日	そ	の	他		
	営業時間	平	日	時	分	～	時	分	・	24時間					
		土	曜	時	分	～	時	分	・	24時間					
		日	・	祝	日	時	分	～	時	分	・	24時間			
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備
										業	夏	季		考	
										日	そ	の	他		
	サービス提供時間	時	分	～	時	分									
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者				知的障害者		精神障害者		難病等対象者					
		肢	体	不	自	視	覚	聴	覚	言	語	内	部		
	利用定員	人(うち宿泊型自立訓練事業利用定員 人)													
	利用料														
その他の費用															
通常の事業の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)	備考									
	6)	7)	8)	9)	10)										
食事提供の有無	有・無														
と そ な る 他 事 項 考	第三者評価の実施状況	している(実施先:)・していない													
	苦情解決の措置概要	窓	口												
		担	当	者	電	話	-	-							
	その他														
協 力 医 療 機 関	フ	リ	ガ	ナ								主 な 診 療 科 名			
	名	称													
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり														

付表 1 1 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項

(表)

(一般型・養成施設)(単独・多機能)

事業所番号

事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	郵便番号 ()															
	連絡先	電話番号	-				FAX番号	-									
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	()
管理者	フリガナ			住所	郵便番号 ()												
	氏名				都道府県		郡市										
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職種											
	同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所等の名称等	名称		1) -----													
		サービス種類		1) ----- 3) -----													
		職種		1) ----- 3) -----													
勤務時間		2) ----- 4) ----- (実働時間分)															
サービス管理者	フリガナ			住所	郵便番号 ()												
	氏名				都道府県		郡市										
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職種											
	資格要件	実務経験					研修の受講状況	相談支援従事者研修	受講済・未受講								
		資格種類						サービス管理責任者研修	受講済・未受講								
	2	フリガナ			住所	郵便番号 ()											
氏名				都道府県		郡市											
他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職種												
資格要件		実務経験					研修の受講状況	相談支援従事者研修	受講済・未受講								
		資格種類						サービス管理責任者研修	受講済・未受講								
従業者の職種・員数		職種・勤務形態		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員							
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常勤 (人)																
	非常勤 (人)																
	常勤換算後の人数 (人)																
	職種・勤務形態		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員								
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常勤 (人)																
非常勤 (人)																	
常勤換算後の人数 (人)																	
短期入所の実施の有無			有・無		短期入所の利用定員				名								
前年度利用者数 (又は推定数)	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均利用者数								
	就労移行	人	人	人	人	人	人	日	人								
	短期入所	人	人	人	人	人	人	日	人								

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備				
										業	日	夏	季	者					
										日	そ	の	他						
	営業時間	平	日	時	分	～	時	分	土	曜	日	・	祝	日	時	分	～	時	分
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備				
										業	日	夏	季	者					
										日	そ	の	他						
	サービス提供時間	時	分	～	時	分													
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者				知的障害者		精神障害者		難病等対象者									
		肢体不自由	視覚	聴覚・言語	内部														
	利用定員	人				単位ごとの定員		人											
	従たる事業所の有無	有・無				従たる事業所に		おいて実施する		サービス種別		1)		3)					
												2)		4)					
	利用料																		
	その他の費用																		
	通常の事業の実施地域	1)		2)		3)		4)		5)		備考							
		6)		7)		8)		9)		10)									
	食事提供の有無	有・無																	
	と そ の 他 の 事 項 考	第三者評価の実施状況	している(実施先:)・していない																
苦情解決の措置概要		窓口																	
		担当者			電話	-		-											
	その他																		
協力医療機関	フリガナ											主な診療科名							
	名称																		
提携就労支援機関	フリガナ											業種							
	名称																		
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり																		

付表 1 1 の 2 従たる就労移行支援事業所の指定に係る記載事項

(表)

(一般型・養成施設) (単独・多機能) 事業所番号

事業所	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	郵便番号 () 大阪府 郡市																
	連絡先	電話番号	-		-		FAX番号	-		-								
本体事業所	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	郵便番号 ()																
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	()
サービス管理責任者	1	フリガナ			住所	郵便番号 ()												
		氏名				都道府県	郡市											
		他の職務との兼務の有無及び職種				有・無		職種										
		資格要件	実務経験					研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講							
			資格種類						サービス管理責任者研修		受講済・未受講							
2	フリガナ			住所	郵便番号 ()													
	氏名				都道府県	郡市												
	他の職務との兼務の有無及び職種				有・無		職種											
	資格要件	実務経験					研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講								
		資格種類						サービス管理責任者研修		受講済・未受講								
従業者の職種・員数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員									
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤 (人)																	
	非常勤 (人)																	
	常勤換算後の人数 (人)																	
	職種・勤務形態		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員									
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務								
	常勤 (人)																	
非常勤 (人)																		
常勤換算後の人数 (人)																		
短期入所の実施の有無			有・無		短期入所の利用定員		名											
前年度利用者数 (又は推定数)	非該当		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均利用者数								
	就労移行		人	人	人	人	人	人	日	人								
	短期入所		人	人	人	人	人	人	日	人								

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考	
	営業時間		平日		時		分		～		時		分	
			土曜		時		分		～		時		分	
			日・祝日		時		分		～		時		分	
	サービス提供日		月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考	
	サービス提供時間		時		分		～		時		分			
	サービスを提供する主たる対象者		身体障害者				知的障害者		精神障害者		難病等対象者			
			肢体不自由		視覚		聴覚・言語		内部					
	利用定員		人		単位ごとの定員		人							
	利用料													
	その他の費用													
	通常の事業の実施地域		1)		2)		3)		4)		5)		備考	
			6)		7)		8)		9)		10)			
	食事提供の有無		有・無											
と そ な る 他 事 項 考 察	第三者評価の実施状況	している(実施先:)・していない												
	苦情解決の措置概要	窓口												
		担当者			電話	-		-						
その他														
協力医療機関		フリガナ										主な診療科名		
		名称												
提携就労支援機関		フリガナ										業種		
		名称												
添付書類		別紙「添付書類一覧表」のとおり												