付表6　自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		機能訓練		生活訓練		宿泊型自立訓練を実施する場合は○	
事業所	フリガナ						
	名　　称						
	所在地	(郵便番号　　－　　)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ		生年月日	年　月　日			
	氏　名						
	住　所	(郵便番号　　－　　)					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
サービス管理責任者	フリガナ		生年月日	年　月　日			
	氏　名						
	住　所	(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					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項							
訪問事業の実施		有	無				
利用定員(人)							
利用者の推定数(人)							
営業日(該当する日に○)		日	月	火	水	木	金	土	祝
		その他(年末年始等)							
営業時間		平日	:　～　:						
		土曜	:　～　:						
		日・祝	:　～　:						
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
協力医療機関		名称				診療科名			
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項									
事業所	フリガナ								
	名　　称								
	所在地	(郵便番号　　－　　)							
	電話番号								
	E-Mail								
サービス管理責任者	フリガナ		生年月日	年　月　日					
	氏　名								
	住　所	(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							
訪問事業の実施		有	無						
利用定員(人)									
利用者の推定数(人)									
営業日(該当する日に○)		日	月	火	水	木	金	土	祝
		その他(年末年始等)							
営業時間		平日	:　～　:						
		土曜	:　～　:						
		日・祝	:　～　:						
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
協力医療機関		名称				診療科名			

(備考)

1．記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

2．更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

4．「診療科名」欄には、主な診療科名１つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	