付表18　保育所等訪問支援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 | | | |
| 管理者 | フリガナ | | 生年月日 | |
| | 氏　名 | | | 年　　月　　日 |
| | 住　所 | (郵便番号　　－　　) | | |
| | 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 | | |
| 児童発達支援管理責任者 | フリガナ | | 生年月日 | |
| | 氏　名 | | | 年　　月　　日 |
| | 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**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | |

(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．「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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 児童発達支援管理責任者 | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住　所 | （郵便番号　－　） | | |
| | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住　所 | （郵便番号　－　） | | |
| | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住　所 | （郵便番号　－　） | | |
| | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住　所 | （郵便番号　－　） | | |
| | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住　所 | （郵便番号　－　） | | |
| | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住　所 | （郵便番号　－　） | | |