別記第1号様式の付表2

身体障害者デイサービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　郡市区			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市	
	氏名				
当該ディサービス事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					
同一敷地内の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			
		兼務する職種勤務時間等			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等		第　条　第　項　第　号			

従業者の職種・員数		指導員		介護職員		その他の従業者	
		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）							

主な掲示事項										
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） （①　：　～　：　、②　：　～　：　）									
利用定員	人（単位ごとの定員）（①　　②　　）									
利用料										
その他の費用										
指定ディサービスの内容・事業の実施類型	基本型（A・B）	ア　給食サービス	イ　入浴サービス	ウ　送迎サービス						
通常の事業の実施地域	①	②	③	④	⑤					
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									
添付書類	別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規定、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表）									

備考　1　「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載してください。

3　「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

4　「その他の費用」欄には、入浴に係る光熱費、食材料費、創作的活動に係る材料費等利用者に直接金銭の負担を求める費用がある場合のサービスの内容について記載してください。

5　「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することし、当該区域の全域又は一部の別を記載してください。なお、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください。

6　基本型のB型とは、専ら創作的活動のみを行う場合をいいます。