付表４　短期入所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	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		

事業所の種別（いずれかに○）及び定員（人）	種別	定員		
	空床型	本体施設の空床の範囲内		
	併設型			
	単独型			
本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称		定員	
	種別		前年度平均入所者数	
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	
障害児対象事業（該当するものに○）	（　該当　非該当　）			
利用する障害児の推定数（人）（障害児対象事業に該当する場合記入）				

○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
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」欄及び「利用する障害児の推定数」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

■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	