付表5－2 併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

（ 肢体不自由者更生施設　視覚障害者更生施設
聴覚・言語障害者更生施設　内部障害者更生施設 ）
※いずれかに○を付してください。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等			第　条第　項第　号		

従業者の職種・員数		看護師		理学療法士		作業療法士		心理判定員	
		専従	※兼務	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）									

		職能判定員		あん摩マッサージ指圧師		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	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）									

		聴能訓練師		その他の従業者	
		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					
入所定員	人				
利用料					
その他の費用					
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				
協力医療機関	名　称		主な診療科名		
添付書類	別添のとおり（定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所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、協力医療機関との契約内容がわかるもの）				

（備考）
1.「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
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葉に記載した書類を添付してください。
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、入所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記載してください。