付表4　放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別
（　重心以外　・　重心　）

受付番号	

事業所	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	
		e-mail			
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	当該事業所の他の職務又は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			
		兼務する職種及び勤務時間等			
当該支援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		
児童発達支援管理責任者	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				

従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		指導員	
		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）								
備　考									
基準上の必要人数（人）									
		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		嘱託医		看護師	
		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）								
備　考									
基準上の必要人数（人）									
設備		指導訓練室				有　・　無			

主な掲示事項					
営業日					
営業時間					
サービス提供時間（送迎時間除く）		①　：　～　：　②　：　～　：			
利用定員　＊1		（単独・合計）で　　人			
利用料					
その他の費用　＊2					
実施サービス		送迎サービス	有　・　無		
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			
多機能型実施の有無		有　・　無			
一体的に管理運営される他の事業所					

＊1当該サービスのみを実施する事業所または「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例について（解釈通知）」第七3（1）の利用定員の特例によらない多機能型事業所の場合は「単独」に、それ以外については「合計」に〇をつけてください。

＊2「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合の内容について記載してください。