付表10　知的障害者通勤寮の指定に係る記載事項

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	
管理者	フリガナ		住　所	(郵便番号　　－　　) 県　　郡・市	
	氏　名				
併設する施設の名称及び概要	名　称				
	概　要				
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		医　師		生活支援員		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)							

設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値
居室	1室の最大定員		人	人
	入所者1人あたりの最小床面積		㎡	㎡

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。