

付表 移動支援事業者の登録に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	郵便番号 ()										
	連絡先	電話番号	— —				FAX番号	— —				
	メールアドレス											
管理者	フリガナ				住所	郵便番号 ()						
	氏名				住所	都府	道県	郡市				
	サービス提供責任者等との兼務の有無及び職種					有・無		職種				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務状況 (兼務の場合のみ記入)			兼務する事業所等の名称								
サービス提供責任者	フリガナ				住所	郵便番号 ()					資格	
	氏名				住所	都府	道県	郡市			資格	
	フリガナ				住所	郵便番号 ()					資格	
職員の職種・員数	職種・勤務形態 常勤・非常勤の別		従業者									
			専従		兼務		専従		兼務			
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
主な掲示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考
	営業時間	平日	時 分		～	時 分	・ 24時間					
		土曜	時 分		～	時 分	・ 24時間					
		日・祝日	時 分		～	時 分	・ 24時間					
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考
	サービス提供時間	時 分		～	時 分	・ 24時						
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者										
通常の事業の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)	備考						
とその他事項	第三者評価の実施状況	している (実施先 :) ・ していない										
	苦情解決の措置概要	窓口				担当者			電話	— —		
		その他										