

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	-					
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							
					兼務する職種及び勤務時間等								
サービス提供責任者	1	フリガナ				住所	郵便番号 ()					資格	
	氏名				住所	都府	道県	郡市					資格
	2	フリガナ				住所	郵便番号 ()					資格	
氏名				住所	都府	道県	郡市					資格	
3	フリガナ				住所	郵便番号 ()					資格		
氏名				住所	都府	道県	郡市					資格	
職員の職種・員数	職種・勤務形態		従業者										
	常勤・非常勤の別		専従				兼務				専従	兼務	
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	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	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			
その他の事項	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													