

付表 障害児施設入浴サービス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	— —					F A X 番号	— —								
管理者	フリガナ			住所	郵便番号 ()										資格		
	氏 名				都 道 府 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			都 道 府 県							郡 市						
	2	フリガナ			住所	郵便番号 ()										資格	
氏 名			都 道 府 県						郡 市								
3	フリガナ			住所	郵便番号 ()										資格		
氏 名			都 道 府 県							郡 市							
種 職・員の数	職種・勤務形態 常勤・非常勤の別		医師			看護師			生活支援員								
			専従	兼務	専従	兼務	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						
	通常の事業の実施地域		1)		2)		3)		4)		5)		備 考				
		苦情解決の措置概要		窓 口 担 当 者										電 話	— —		
そ の 他																	