

日中一時支援事業所の契約に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ															
	名称															
	所在地	(郵便番号 - ) 石川県 市・郡 町														
	連絡先	電話番号					FAX番号									
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ) -				石川県 市・郡 町					
	氏名															
日中一時支援事業所の居室		居室数	室				利用者1人あたりの床面積				m <sup>2</sup>					
日中一時支援事業利用定員		人 ・ 短期入所事業の定員の中で実施														
短期入所事業所との併設	あり ・ なし				併設の場合	短期入所利用定員数				人						
日中活動支援事業所である場合	名称															
施設種別等					事業所の定員				人							
従業者の職種・員数		医師		看護職員		生活支援員		介護職員		児童支援員		心理判定員				
		専従	※兼務	専従	※兼務	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)															
従業者数		理学療法士		作業療法士		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)															
主たる対象者		特定なし ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者														
営業日																
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く) ( : ~ : )														
利用料		サービス費の1割 その他 ( )														
その他の費用(食費・光熱水費等)																
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		建物の平面図の写し														