

様式第1号 (第2条関係)  
(付表)

受付番号	
------	--

指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(方書)											
	連絡先	電話番号					FAX						
当該事業について定めている定款・寄付行為等の条文													
管理者	フリガナ									生年月日			
	氏名												
	住所	〒 - (方書)											
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無												
	他の事業所又は施設の従業者との兼務 (以下、「有り」の場合に記載)												
	事業所名称									兼務する職種			
	事業の種類									勤務時間			
従業者の職種・員数	(単位:人)		相談支援専門員				その他の者						
			専従		兼務		専従		兼務				
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
他の事業所又は施設の従業者との兼務 (「有り」の場合は、別紙に記載)													
相談支援の実施体制の具体的な方法	事業の主たる対象とする障害の種別の定めの有無												
	主たる対象としていない者への対応体制												
	医療機関や行政との連携体制												
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制												
主な掲示事項	営業日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日											
	営業時間	平日	時	分	～	時	分	土曜	時	分	～	時	分
		日曜	時	分	～	時	分	祝日	時	分	～	時	分
主たる対象者	□ 特定なし □ 身体障害者 □ 知的障害者 □ 精神障害者 □ 障害児												
その他の費用													
通常の実施地域	小田原市	(全域)	箱根町		真鶴町		湯河原町						
	南足柄市		山北町		松田町		大井町						
	開成町		中井町										

様式第1号 (第2条関係)

(付表) 別紙

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員をすべて記載してください。

1	フリガナ		事業所名		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
2	フリガナ		事業所名		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
3	フリガナ		事業所名		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
4	フリガナ		事業所名		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
5	フリガナ		事業所名		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		



# 実務経験（見込）証明書

令和 年 月 日

小田原市長 様

(証明者)  
所在地  
名称  
代表者職・氏名  
連絡先



次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ		生年月日
氏名		昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 - (方書)	
施設又は事業所名	(施設・事業所の種別)	
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)	
うち、業務に従事した日数	日	
業務内容	職名 ( )	

(備考)

- 1 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間（見込においては援助を行うと見込まれる期間）を記入してください。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。）
- 2 見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消してください。
- 3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入してください。
- 4 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者（代表者）の印を押してください。

