

事業所の概要 【指定就労継続支援B型事業所】

1 事業所の概要（事前提出書類提出日の前月の概要）

法人名							
事業者番号							
事業所	名 称						
	住 所	TEL					
対象者		身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病患者等 (いずれかに○をつける。)					
管理者氏名							
管理者の勤務形態		常勤専従 常勤兼務 (いずれかに○をつける。)					
兼務の場合（兼任先名）				職種			
サービス管理責任者氏名 " 勤務形態		常勤専従 多機能型事業所・常勤兼務 (いずれかに○をつける。)					
従業者		勤務形態		常 勤		非 常 勤	
		職種		専 従	兼 務	専 従	兼 務
		職業指導員					
		生活支援員					
		調理員					
		その他の従業者					
利用定員		人					
前年度平均利用者数		人（全利用者延数÷前年度の営業日数）					

※ 兼務欄は、就労継続 (A) 事業以外との兼務を行う職員について記入すること。

※ 前年度平均利用者数は、小数点第2位以下を切り上げること。

2 サービスの提供状況 ※事前提出書類提出日の前月分から過去1年分を記入

提供年月													
利用者延数													
開所日数													
平均利用者数													

(注) 利用者数は、自立支援給付費請求に係る実利用者数を記入すること。