相談日：令和　　年　　月　　日

**新規指定事前相談における調書**

**【障害児通所支援事業所】**

※指定月の**３月前の１０日まで**に事前相談してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談者 | 法 人 名 |  | | |
| 役　　　職 |  | 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  | メ ー ル |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業の開始予定時期・開設区・定員** | | | | | | |
|  | 令和　　年　　月　　日 | |  | 区 |  | 名 |
| **事業所名** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **実施サービス**（複数選択可） | | | | | | |
|  | 児童発達支援　　　放課後等デイサービス  保育所等訪問支援　居宅訪問型児童発達支援 | | | | | |
| **主たる対象者** | | | | | | |
|  | 特に定めなし　重症心身障害児 | | | | | |
| **法人定款の事業名に「児童福祉法に基づく障害児通所支援事業」の記載** | | | | | | |
|  | 記載してある　これから記載する（令和　　年　　月記載予定） | | | | | |
| **障害児通所支援事業の指定実績について** | | | | | | |
|  | 初めての指定  指定実績あり　（名古屋市内　名古屋市外） | | | | | |
| **事業を始めようとする動機・事業を実施するに当たっての理念**  **【新規参入の場合】** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **従業者の確保の見込み** | | | | | | |
|  | **管理者** | | | | | |
|  | すでに確保している　　　　　求人中又はこれから求人を行う | | | | |
| **児童発達支援管理責任者** | | | | | |
|  | すでに確保している　　　　　求人中又はこれから求人を行う | | | | |
| **直接処遇職員（児童指導員、保育士等）** | | | | | |
|  | すでに確保している　　　　　求人中又はこれから求人を行う | | | | |
| **その他（何か特記事項がありましたら記入してください。）** | | | | | | |
|  |  | | | | | |

以上、ご記入ありがとうございました。