会員施設・事業所登録情報確認票

北海道社会就労センター協議会　事務局行（Ｅ-mail：d-syurou@dosyakyo.or.jp）

０．生産、作業品目

・生産品目：

・役　　務：

１．施設概要　　　　　　　　　　管理者名：　　　　　　　　様　ご担当者名：　　　　　　　　様

事業所名

事業所種類 該当する箇所に「☑（チェック）」をご記入ください。

□就労継続Ａ型　　□就労継続Ｂ型　　□生活介護（生産活動あり）

□生活介護（生産活動なし）　　□就労移行支援　　□自立訓練（生活訓練）

□自立訓練（機能訓練）　　□地域活動支援センター

※多機能型の場合は複数の事業にチェックをご記入ください。

主たる障害　　□身体障害　　　　　　□知的障害　　　　　　□精神障害

住所 〒

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号：

設置主体　　　□市町村　□社会福祉法人　□ＮＰＯ法人　□医療法人　□その他（　　　　　　　）

経営主体　　　□市町村　□社会福祉法人　□ＮＰＯ法人　□医療法人　□その他（　　　　　　　）

経営主体法人名

メールアドレス

ホームページ　 □有　□無

２．事業定員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就労継続A型 | 　　人 | 就労継続B型 | 人 | 生活介護(生産活動あり) | 人 | 生活介護(生産活動なし) | 人 | 就労移行支援 | 人 |
| 自立訓練(生活訓練) | 人 | 自立訓練(機能訓練) | 人 | 地域活動支援ｾﾝﾀｰ | 人 | 生保授産(B型あり) | 人 | 合計 | 人 |
| 生保授産(B型なし) | 人 | 社会事業授産(B型あり) | 人 | 社会事業授産(B型なし) | 人 | 施設入所支援 | 人 |

　　**※「施設入所支援」の定員数は、貴事業所が「障害者支援施設」の場合のみご記入ください。**

**※生活介護（生産活動なし）、自立訓練事業（生活訓練／機能訓練）、施設入所支援は会費算定の定員に含みません。**

**※生保授産、社会事業授産の（B型あり）は、基準該当就労継続支援B型を指します。**

**※４月１日現在の状況でご記入ください。**

**6月19日（金）までに提出をお願いします。**