

## 指定申請書参考様式 一覧

[参考様式1 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表](#)

[参考様式1 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表共同生活援助（共同生活援助）](#)

[参考様式2 組織体系図](#)

[参考様式3 経歴書](#)

[参考様式4 実務経験\(見込\)証明書](#)

[参考様式5 平面図](#)

[参考様式6 設備・備品等一覧表](#)

[参考様式7 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等](#)

[参考様式8 利用者\(入所者\)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要](#)

[参考様式9 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3](#)

[項各号の規定に該当しない旨の誓約書](#)

[参考様式9 別紙](#)

(参考様式1)

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

前年度利用者延べ数÷開所日数(小数点以下第2位切り上げ)
前年度の実績がない場合は、推定数(定員×0.9)とすること。

Table with columns: サービス種類 (事業所名・施設名), 職種, 勤務形態, 資格, 3年以上勤務, 氏名, 勤務日 (1-28), 4週の合計, 週平均の勤務時間, 常勤換算後の人数. Includes summary rows for 1週間勤務時間数 and 140 total hours.

同じ職種の職員が複数いる場合は、セルを結合し、「週の平均勤務時間」及び「常勤換算後の人数」を合算すること(小数点以下第2位切り捨て)。

人員基準上の職種名を記入すること

常勤の職員が通常1週間に勤務する時間を記入する。

事業所におけるサービス提供時間を記入すること。(職員の勤務時間と異なるので、注意すること。
(例) 職員の勤務時間: 8:30~17:30
サービスの提供時間: 9:00~16:00

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
注2 日付けの下の欄には、当該月の曜日を記入してください。
注3 「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかをそれぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
注4 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
注5 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)に、業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類を

氏名、当該

(参考様式 1 共同生活援助)

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

前年度利用者延べ数÷開所日数(小数点以下第2位切り上げ)  
前年度の実績がない場合は、推定数(定員×0.9)とすること。

サービス種類				共同生活援助 (介護サービス包括型)																												6			
				共同生活援助 にいがた白山荘																								前年度の平均利用者数				5.4			
職種	勤務形態	資格	3年以上勤務	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
					日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土			
管理者	①常勤・専従	社会福祉士	○	A		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8		160	40.0	1.0
サービス管理責任者	①常勤・専従	社会福祉士	○	B		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8		160	40.0	1.0
生活支援員	①常勤・専従	精神保健福祉士	○	C	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	160	40.0	1.0
世話人	②常勤・兼務			D		5	5	5	5	6			5	5	5	5	6			5	5	5	5	6			5	5	5	5	6		104	66.0	1.6
世話人	①常勤・専従	介護福祉士	○	E	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	160		
夜間支援従事者	②常勤・兼務			D	2	7	5					2	7	5					2	7	5					2	7	5					56	49.0	1.2
夜間支援従事者	③非常勤・専従			F			2	7	5				2	7	5				2	7	5				2	7	5		56						
夜間支援従事者	③非常勤・専従			G				2	7	5				2	7	5				2	7	5				2	7	5		56					
夜間支援従事者	③非常勤・専従			H	5							5								2	5					2	5			28					
人員基準上の職種名を記入				夜間支援等体制加算Ⅰを算定する場合には、最低限午後10時～翌5時に夜勤者の配置が必要。この時間帯の勤務時間を記載。この午後10時～翌5時の勤務時間については、人員配置基準(4:1など)の勤務時間に含めることができない。																								40							
				夜間支援等体制加算Ⅱを算定する場合には、最低限午後10時～翌5時に宿直者の配置が必要。宿直であることがわかるよう記載。(例:「宿入」「宿明」など)																								40							

注1 本表はサービスの種類ごとに作成して

注2 日付けの下の欄には、当該月の曜日を

注3 「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注4 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注5 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

人員基準上の職種名を記入

夜間支援等体制加算Ⅰを算定する場合には、最低限午後10時～翌5時に夜勤者の配置が必要。この時間帯の勤務時間を記載。この午後10時～翌5時の勤務時間については、人員配置基準(4:1など)の勤務時間に含めることができない。

夜間支援等体制加算Ⅱを算定する場合には、最低限午後10時～翌5時に宿直者の配置が必要。宿直であることがわかるよう記載。(例:「宿入」「宿明」など)

勤務時間数

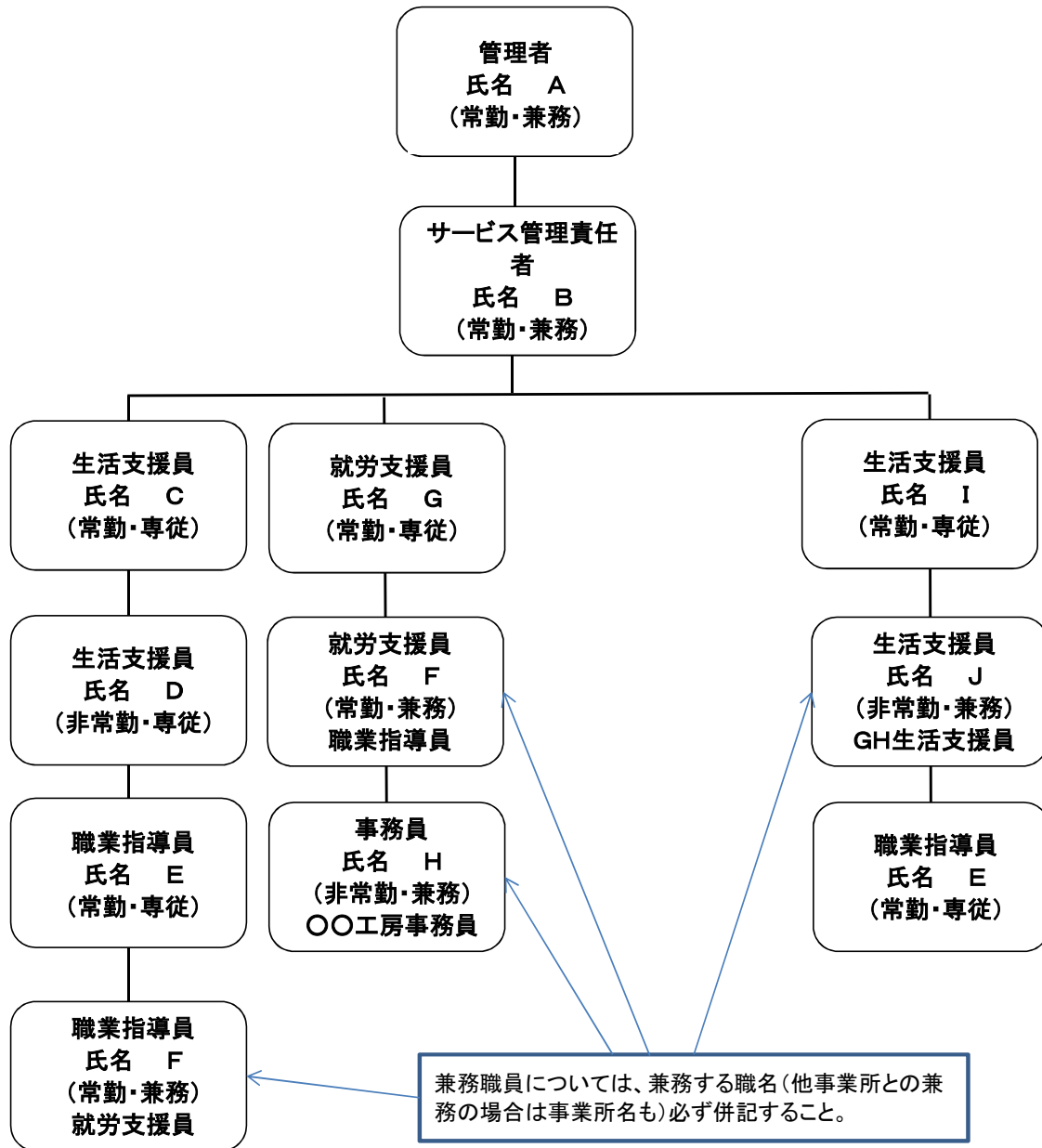
同じ職種の職員が複数いる場合は、セルを結合し、「週の平均勤務時間」及び「常勤換算後の人数」を合算すること(小数点以下第2位切り捨て)。

常勤の職員が通常1週間に勤務する時間を記入

### 組織体系図

事業所名: ワークセンター〇〇

申請するサービスの種類: 多機能型(就労移行支援・就労継続支援B型)



備考1 兼務職員については、兼務する職名を必ず併記してください。

(参考様式3)

### 〇〇〇経歴書

記入例

事業所の名称	ワークセンター〇〇	
フリガナ	ニイガタ タロウ	
氏名	新潟 太郎	生
住所	(郵便番号950-〇〇〇〇) 新潟市〇〇区△△町×-×	
電話番号	025-226-〇〇〇〇	
主な職歴等		
年月～年月	勤務先等	職務内容
〇〇〇〇年〇月～〇〇〇〇年〇月	社会福祉法人△△会 〇〇福祉園	介護職員
〇〇〇〇年〇月～〇〇〇〇年〇月	社会福祉法人〇〇福祉会 ワークセンター〇〇	生活支援員
職務に関する資格		
資格の種類	資格取得年月日	
社会福祉主事任用資格	〇〇〇〇年〇月〇日	
介護福祉士	〇〇〇〇年〇月〇日	
備考(研修等の受講の状況等)		
・〇〇〇〇年度 相談支援従事者初任者研修修了 ・〇〇〇〇年度 サービス管理責任者研修(就労分野)修了		

管理者とサービス管理責任者等を兼務している場合は、1枚にまとめること(表題は「管理者兼サービス管理責任者経歴書」等とする。)

法人名及び事業所(施設)名を記入すること。

勤務期間、勤務先、職務内容について漏れのないように記載し、要件となる実務経験を満たしているかどうか確認すること。

職務に関する資格を有している場合は、資格を証する書類の写しを添付すること。

サービス提供責任者、サービス管理責任者又は相談支援専門員の要件となっている研修の受講状況を記載し、修了証書の写しを添付すること。申請書類提出時に未受講(受講予定)の場合は、その旨を記載し、受講確約書(任意様式)を提出すること。

備考1 「〇〇〇」

「相談支援専門員」と記載してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式4)

# 実務経験(見込)証明書

記入例

(宛先)新潟市長

番号

〇〇〇〇年〇月〇日

施設又は事業所所在地及び名称

新潟市〇〇区△△町×—×  
社会福祉法人〇〇福祉会

代表者氏名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	新潟 太郎 (生年月日 〇〇〇〇年〇月〇日)
現住所	新潟県新潟市〇〇区△△町×—×
施設又は事業所名	ワークセンター〇〇 施設・事業所の種別(就労移行支援・就労継続支援B型)
業務期間	〇〇〇〇年〇月〇日~〇〇〇〇年〇月〇日(〇〇年〇月間)
うち当該事業の要件に必要な実務に従事した日数	〇〇日
業務内容	職名(生活支援員) 利用者の生活支援用務

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、生活介護等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(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。)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
3. 業務内容欄は、看護師・生活指導員等の職名を記入し、本来業務について、生活介護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、具体的に記入すること。  
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

記入例

平面図

事業所の名称 | ワークセンター〇〇

- ・既存の平面図でも可
- ・事業に使用する区画(事務室など)及び設備基準上必要な区画(訓練・作業室、相談室、多目的室、便所、洗面所など)を明示すること。
- ・訓練・作業室、居室については、面積を記載すること(多機能型の場合、サービスごとに使用する訓練・作業室を明示すること。)
- ・概要がわかる写真を添付し、その撮影方向を「①→」で表示すること。

備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式6)

記入例

設備・備品等一覧表

サービス種類 (就労移行支援・就労継続支援B型 )  
事業所名 ( ワークセンター〇〇 )

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要  非常災害設備等	・建物のバリアフリー化 ・玄関にスロープを設置 ・採光、換気に配慮した構造 ・トイレ、浴室、スロープに手すりを設置  ・避難口 ・誘導灯 ・非常用照明 ・火災警報器 ・消火器 ・救助袋 ・非常食	
室名	備品の品目及び数量	
事務室	応接テーブル1台、事務机5台、椅子5脚 書棚2台、FAX兼コピー機1台、電話機3台 パソコン5台、ロッカー2台 書庫(鍵付き)	
訓練・作業室 (就労移行支援)	作業テーブル5台、椅子10脚、エアコン1台 洗面台1台	
訓練・作業室 (就労継続支援B型)	作業テーブル5台、椅子10脚、エアコン1台 洗面台1台	
相談室	テーブル1台、椅子4脚	
更衣室	ロッカー6台	
休憩室	テレビ1台、テーブル2台、椅子6脚	
脱衣所・風呂	洗濯機1台、洗面台	
調理室	流し台、ガス台、冷蔵庫1台、食器棚1台	
部屋ごとに、設備備品を具体的に記載すること。		

個人情報の管理に関わる  
対策を十分に行うこと。

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。  
2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。  
3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。



指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

事業所名	ワークセンター〇〇
指定障害福祉サービスの種類	就労移行支援・就労継続支援B型

適切なサービスを提供することができない場合、正当な理由があるものとして、運営規程において主たる対象者を特定することができる。

1 申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象

身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害）  
知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

当事業所は、〇〇〇〇年〇月以来、知的障害者通所授産施設として、知的障害者を受け入れてきた。

身体障害者に配慮した施設構造となっておらず、作業スペースも狭いことから、特に車いす利用者の受け入れが困難な状況にある。

精神障害に関するノウハウに乏しく、精神障害者を受け入れた場合に適切なサービス提供ができない可能性がある。

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

〇〇〇〇年度以降、身体障害者及び精神障害者を受け入れていくこととする。

(3) 拡充のための方策

作業室の拡張、施設のバリアフリー化により、身体障害者の受け入れを可能にする。

法人内の「〇〇工房」での職場実習を実施するなど、同施設のサポートを受けながら、徐々に精神障害者を受け入れていくことにする。

利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	ワークセンター〇〇
申請するサービス種類	就労移行支援・就労継続支援B型

措置の概要	
1	<p>利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談窓口：サービス管理責任者 〇〇 〇〇</li> <li>・利用時間：9：00～16：00（土・日曜、祝祭日、年末年始を除く）</li> <li>・電話番号：025-226-〇〇〇〇</li> <li>・苦情解決責任者：管理者 〇〇 〇〇</li> <li>・第三者委員：〇〇 〇〇 TEL025-〇〇〇-〇〇〇〇            △△ △△ TEL025-△△△-△△△△</li> </ul>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <div data-bbox="837 728 1356 952" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」（厚生労働省通知）において、社会福祉事業の経営者は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため第三者委員を選任する。</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 苦情の受付           <ul style="list-style-type: none"> <li>・面接、電話、書面等により随時受付</li> </ul> </li> <li>(2) 苦情受付の報告           <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情受付担当者が受け付けた苦情は、苦情解決（その必要なしとした場合を除く）に報告</li> <li>・第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨の通知</li> </ul> </li> <li>(3) 苦情解決のための話し合い           <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努める</li> <li>・その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立合を求めることができる</li> </ul> </li> <li>(4) 都道府県「運営適正化委員会」の紹介           <ul style="list-style-type: none"> <li>・「新潟県福祉サービス運営適正化委員会」に申し立てできる旨を紹介</li> </ul> </li> <li>(5) 再発防止のための改善           <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決責任者は申し立てられた苦情について改善の必要性の有無を検討し再発防止に努める</li> </ul> </li> <li>(6) 解決結果の公表           <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等の実績を掲載し、公表する</li> </ul> </li> </ul>
3	<p>その他参考事項</p> <div data-bbox="670 1456 1364 1601" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>就労系サービスの場合は、電話番号を 025-226-1249 と記載すること</p> </div> <p>【新潟市役所窓口】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：新潟市役所 障がい福祉課</li> <li>・所在地：新潟市中央区学校町通1番町602番地1</li> <li>・電話番号：025-226-1241</li> </ul> <p>【県運営適正化委員会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：新潟県福祉サービス運営適正化委員会</li> <li>・所在地：新潟市中央区上所2丁目2番2号</li> <li>・電話番号：025-281-5609</li> <li>・FAX番号：025-281-5610</li> </ul>

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律  
第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

記入例

〇〇〇〇年〇月〇日

(宛先)新潟市長

申請者 所在地 新潟市〇〇区〇〇・・・  
名称 社会福祉法人〇〇福祉会  
代表者 住所 新潟市〇〇区△△・・・  
氏名 〇〇 〇〇

当法人(別紙に記載する役員等を含む。)は、下記に掲げる障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定】

- 1 申請者が新潟市の条例で定めるものでないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第43条第1項の新潟市の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第43条第2項の新潟市の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの(※)の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
(※)児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 6 申請者が、第50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含む。、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの)のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。
- 8 申請者が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第48条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。)又は第51条の27第1項若しくは第2項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 10 第8号に規定する期間内に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第8号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する者であるとき。

役員等名簿

申請者（法人）名 （社会福祉法人〇〇福祉会）

(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所	
	役職名・呼称	TEL	FAX
にいがた たらう 新潟 太郎	昭和〇〇年〇月〇日	にいがたけんにいがたしちゅうおうく 新潟県新潟市中央区〇〇・・・	
	理事長	025-111-1111	025-111-1111
にいがた じろう 新潟 次郎	昭和〇〇年〇月〇日	にいがたけんにいがたしにしく 新潟県新潟市西区・・・	
	副理事長	025-222-2222	025-222-2222
とき はなこ 朱鷺 花子	昭和〇〇年〇月〇日	にいがたけんにいがたしこうなんく 新潟県新潟市江南区・・・	
	理事	025-333-3333	025-333-3333
とき はなえ 朱鷺 花江	昭和〇〇年〇月〇日	にいがたけんにいがたしちゅうおうく 新潟県新潟市中央区・・・	
	監事	025-444-4444	025-444-4444
とき さぶろう 朱鷺 三郎	平成〇〇年〇月〇日	にいがたけんにいがたしあきはく 新潟県新潟市秋葉区・・・	
	管理者	025-555-5555	025-555-5555
		事業所の管理者についても、記入が必要	
この名簿の添付により、役員等が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項の規定に該当しないことを宣誓していただくため、必ず提出すること。			

注 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。