日高市日中一時支援事業者等登録申請書

年　　月　　日

　　　（あて先）日高市長

所在地

申請者　団体名

代表者名

　　次のとおり、日中一時支援事業の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 情 報 | フリガナ |  | | | | |
| 申請者名 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 申請者住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| フリガナ |  | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | |
| 代表者住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | |
| 事　　業　　所　　情　　報 | フリガナ |  | | | | |
| 事業所名 | （〒　　　－　　　　） | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| 職員の配置状況 | フリガナ | |  | | |
| 事業所責任者氏名 | |  | | |
| 職員数　　　　人（常勤　　　　人・非常勤　　　　人） | | | | |
| 同一事業所で 実施している 他の事業等 |  | | | | |
| サービス提供日・時間帯 | 曜日　　　月・火・水・木・金・土・日・祝日  時間帯　　　　：　　　～　　　： | | | | |
| 利用定員 | 人 | | | | |
| 主たる対象者 | 制限なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者 | | | | |

　（添付書類）

　　１　職員等名簿

　　２　事業所平面図