

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