名取市医療的ケア児支援事業　事業所登録申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

　名取市長　あて

申請者　　所在地

（設置者）　名　称

代表者

名取市医療的ケア児支援事業を行う事業所として登録を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | フリガナ | |  | | |
| 事業者の名称 | |  | | |
| 主たる事務所（法人等）  の所在地 | | 〒 | | |
| 代表者の職・氏名 | |  | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| e-mail |  | | |
| 登録を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | |
| 事業所の名称 | |  | | |
| 事業所の所在地 | | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| e-mail |  | | |
| 障害児通所支援事業の種類  （該当する事業に☑） | | □児童発達支援　　□放課後等デイサービス | | |