

基準該当障害福祉サービス事業者登録申請書

＜生活介護・自立訓練＞

年 月 日

尼 崎 市 長 様

申請する法人の住所

申請する法人の名称

法人の代表者名

障害者総合支援法(※)に規定する基準該当障害福祉サービス事業所に係る登録をしたいので、下記のとおり申請します。

申請者 (法人)	フリガナ				
	法人の名称				
	主たる事務所の所在地		〒 ー		
	電話番号		FAX番号		
	代表者の職・氏名		フリガナ		
			氏名		
代表者の住所		〒 ー			
登録する 事業所	フリガナ				
	事業所の名称				
	事業所の所在地		〒 ー		
	電話番号		FAX番号		
	管理者	フリガナ		住所	
		氏名		〒 ー	
	電話番号		電話番号		
	実施する事業 (○を記入)		生活介護 ・ 自立訓練 (機能訓練) ・ 自立訓練 (生活訓練)		
同一敷地内の他の 事業所又は施設の 従業者との兼務		事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
了 承 事 項		この申請書を提出するにあたり、人員基準等の内容を確認し了承しました。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 年 月 日 事業者名称 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 代表者氏名 </div>			

(※) 「障害者総合支援法」 = 「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」