（様式３号）

年　　　月　　　日

　　事業所情報提供書

尼　崎　市　長　様

　　　　　　　【応募者】　所　在　地：

　　　　　　　　　　　　　法人等名称：

　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

尼崎市産前産後ヘルパー派遣事業に係る業務委託事業所について、次のとおり情報提供します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 事業所所在地 | 〒 | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 事業所区分  ※該当するものに〇をつけてください。 |  | 介護保険法の規定に基づく訪問介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている者 |
|  | 障害者総合支援法の規定に基づく居宅介護に係る指定障害福祉サービス事業者の指定を受けている者 |
|  | 本事業と類似のサービス提供の実績があり、サービス利用者の居宅等において家事又は育児サービスの提供が可能である者 |
| 派遣可能地域 | ※該当する項目に☑を入れてください。  □　全市域  □　一部の地区のみ（□中央　□大庄　□小田　□立花　□武庫　□園田  □その他（　　　　　　　　　　　　　 　 　　）） | |
| 派遣可能曜日 | ※該当する項目に☑を入れてください。  □　全曜日  □　一部の曜日のみ（□月曜　□火曜　□水曜　□木曜　□金曜  □土曜　□日曜　□その他（　　　　 　　　　　）） | |

※事業所が複数ある場合は、この用紙を複数枚使用してください。

以　上