（様式１）

令和　　年　　月　　日

大阪市長　様

（申請者）

所在地：

法人名：

代表者氏名：

大阪市重症心身障がい児者等医療型短期入所実施機関登録申請書

　次のとおり大阪市重症心身障がい児者等医療型短期入所実施機関の登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 大阪市重症心身障がい児者等医療型短期入所実施機関登録開始予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施機関名 |  |
| 病床数 |  |
| 実施機関所在地 |  |
| 担当者氏名及び連絡先 | 担当部署名 |
| 担当者氏名 |
| 電話番号 |
| Fax番号 |
| E-Mail |
| ホームページアドレス |

※病床数について

病床数については、同日に実施可能な病床数について記載してください。