

大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業 事業者登録申請書

年 月 日

(あて先) 大阪市長

申請者 所在地
(事業者) 名称
代表者 (役職名)
(氏名)

大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業を行う事業者として、登録を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (事業者)	フリガナ				
	法人の名称				
	法人の所在地		〒		
	法人代表者氏名				
	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		〒		
	事業所代表者氏名				
	訪問看護ステーションコード				
	指定年月日 (訪問看護)				
	連絡先	*電話番号		FAX番号	
		*e-mail			
担当者氏名					

*印のついている項目は、大阪市が作成する登録事業者一覧表等で公表します。

(添付資料)

- 訪問看護事業者の指定決定通知書の写し
- 職員配置一覧
- 職員(看護師)の資格証の写し
- 訪問看護事業所の運営規定