様式第１号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）

提供事業所登録申請書

　　年　　月　　日

吹田市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　（　　　）　　　　-

　次の事業所について、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者

対象）提供事業所登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 機能訓練指導員 | 職種 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　月　日 | 登録の可　否 | 登録年月日 | 年　月　日 |
| 受付番号 |  | 可　否□　□ | 登録番号 |  |

　＊太枠欄は記入しないでください