

中野市心身障がい児（者）タイムケア事業介護者登録（変更）申請書

年 月 日

中野市長 あて

申請者 住所又は所在地
氏名又は名称
代表者氏名

次のとおり、中野市心身障がい児（者）タイムケア事業の介護者登録（変更）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	氏名 (法人の場合は法人名)					
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	(〒 —)				
	(法人である場合) その種別		法人所轄庁			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		E-mail				
(法人である場合) 代表者の職・氏名	職名		フリガナ			
			氏名			
登録を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地	(〒 —)				
	利用定員					
備考						

添付書類

(共通)

- 活動を行う場所の平面図等
- 利用者に対する保険や補償に関する書類（写し）

(個人の場合)

- 経歴（職歴、資格、受講研修等）

(法人の場合)

- 指定障害福祉サービス事業者又は指定障害児通所支援事業者の指定書の写し
- 事業内容、運営規程、勤務体制・形態一覧表