様式第１号（第７条関係）

　　　　　　年　　月　　日

石巻市地域生活支援サービス指定事業者登録（更新）申請書

　石巻市長　殿

申請者（設置者）　所在地

名　称

代表者

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する地域生活支援事業のサービス提供事業所の登録（更新）を行いたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （設置者） | フリガナ  名　　称 | |  | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （〒　　―　　　） | | | | | | |
| 登録の種別 | | 新規　　・　　更新 | | | | | | |
| 法人種別 | |  | | | 法人所管庁 | |  | |
| 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 代表者の職・氏名 | | 職　名 |  | | フリガナ  氏　　名 | |  | |
| 代表者の住所 | | （〒　　―　　　） | | | | | | |
| 登録（更新）を行おうとする事業所・施設の種類 | フリガナ  名　　称 | |  | | | | | | |
| 事業所（施設）の所在地 | | （〒　　―　　　） | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | 実施  事業 | 登録（更新）申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 障害福祉サービスの県指定  を受けている事業等 | | | | |
| 実施事業 | | 事業の登録（更新）年月日 | | 事業所番号 |
| 登録事業所 |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 摘要 | |  | | | | | | | |

備考１　「法人種別」欄には、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。

　　２　「法人所管庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

　　３　「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回及び既に登録を行っているものの事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。

　　４　「事業所番号」欄には、既に障害福祉サービス事業所としての県の指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

（裏）

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者経歴書 | |
| フリガナ | 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |
| 住所　　　（〒　　　―　　　　） | |
| 電話番号 | |

主な経歴等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　月　日～　年　月　日 | 勤務先等 | | 職務内容 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 資格の種類 | | 資格取得年月日 | |
|  | |  | |
| 備考　　　（研修等受講の状況） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス管理責任者又はサービス提供責任者経歴書 | |
| フリガナ | 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |
| 住所（〒　　　―　　　　） | |
| 電話番号 | |

主な経歴等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　月　日～　年　月　日 | 勤務先等 | | 職務内容 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 資格の種類 | | 資格取得年月日 | |
|  | |  | |
| 備考（研修等受講の状況） | | | |