山陽小野田市短期集中型（訪問型サービスＣ）事業委託申請書

令和　　年　　月　　日

山陽小野田市長　宛

事業者名（法人名）

所在地

代表者

令和７年度短期集中型（訪問型サービスＣ）事業の委託を受け、下記のとおり実施したいので関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 派遣する専門職の職種 | □　理学療法士　　□　作業療法士　　 |
| 利用定員 |  |
| 実施予定日時など | 曜日 | 月・火・水・木・金・土・日 |
| 時間 |  |
| 訪問の範囲 | □山陽小野田市全域□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 住　　所：事業所名：電話番号：FAX番号：Ｅ－mail：担当者名： |

市確認用（提出書類）

* 申請者登記事項証明書又は条例等
* 従業者名簿及び資格証の写し
* 事業所の平面図
* 事業所の写真
* 事業所の周辺地図
* 運営規程
* 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

※前回提出時と変更がない場合は省略できます。