令和　　年　　月　　日

堺市長　殿

所 在 地

名　　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　 　㊞

堺市短期集中通所サービス委託要件確認依頼書

　堺市短期集中通所サービスの委託を受けたいので、次のとおり、委託要件の確認を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | |
| 事業所の所在地 |  | |
| 同一事業所で行う他の事業 |  | |
| 機能訓練室の面積 |  | |
| 選択する類型 | 生活行為改善型　　・　　社会参加型 | |
| 定　員 |  | |
| 実施予定日 | 曜日 |  |
| 時間 |  |
| 従事者名（有資格者） |  | |
| 担当者 |  | |
| 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |
| E-mailアドレス |  | |

次の書類を添付してください。

1　従事者の資格を証明するもの写し（原本証明）

2　事業所の平面図

3　事業所が複数になるときは、堺市短期集中サービス実施予定事業所一覧

（この場合、「事業所の名称」から「従事者名（有資格者）」の欄の記載は不要です。）

　4　上記の他、市長が必要と認める書類