

追加資料（日中一時支援事業所の登録に係る記載事項）

年 月 日

堺 市 長 殿

主たる事務所の所在地：

名 称：

代表者の職・氏名：

印

日中一時支援事業を実施するにあたり、利用定員等につきましては以下のとおりです。

事業所名	
利用定員	人
開所日 (該当するものに○)	月 火 水 木 金 土 日
利用時間	: ~ :
医療ケア対応 (該当するものに○、記入)	たん吸引 ・ 胃ろう ・ 鼻注 ・ 導尿 その他 ()
主たる対象者 (該当するものに○)	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者