

基準該当障害福祉サービス事業所登録更新申請書

年 月 日

堺市長 殿

住 所
 事業者 (所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者氏名)

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基づく基準該当障害福祉サービス事業者に係る登録の更新を受けたいので、堺市基準該当障害福祉サービス事業所の登録等に関する要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請者 (設置者)	フリガナ				
	名 称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		ファックス番号	
	代表者の職氏名	職 名		フリガナ	
				氏 名	
	代表者の住所	(郵便番号 -)			
2 登録事業所	フリガナ				
	事業所名				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		ファックス番号	
	事業の種類	更新登録 予定年月日	既に登録されている事業		
			登録年月日	事業所番号	
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日			

3 下記チェックのある項目については、申請又は最新の変更届から変更がないため、書類の提出を省略します。【変更のない項目に○印を記入し、変更のあった項目は書類を添付】

<input type="checkbox"/>	平面図
<input type="checkbox"/>	設備・備品一覧
<input type="checkbox"/>	運営規程
<input type="checkbox"/>	苦情解決措置の概要
<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制表
<input type="checkbox"/>	事業に係る資産の状況