

堺市障害者大学修学支援事業者登録申請書（医療的ケア）

年 月 日

堺 市 長 殿

申請者 { 主たる事務所の所在地 :
名 称 :
代表者の職・氏名 :

堺市重度訪問介護利用者等大学修学支援事業実施要綱第 1 9 条第 2 号のサービスを提供する事業者の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	名称又は氏名	(フリガナ)									
	主たる事務所の所在地又は住所	郵便番号 ()									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	法人の種別					法人所轄庁					
	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 ()										
登録を受けようとする事業所	名称	(フリガナ)									
	事業所の所在地	郵便番号 ()									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	メールアドレス										
	事業所番号	健康保険法、介護保険法に基づく指定訪問看護事業者番号									

備考

- 1 「法人の種別」の欄には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。