

堺市訪問型病児保育事業者指定申請書

年 月 日

堺市長殿

申請者 所在地

名称

代表者氏名

堺市訪問型病児保育事業者としての指定を受けたいので、堺市訪問型病児保育事業実施要綱第6条第2項の規定により、次のとおり申請します。

事務局所在地	堺市
事務局開設時間	
運営体制	☐ 所長 ☐ コーディネーター（ ）人 ※所長兼務 有・無 ☐ 看護師（ ）人 ☐ 准看護師（ ）人 ☐ 保健師（ ）人 ☐ 助産師 （ ）人 ☐ その他（ ） 合計（ ）人
医療機関及び指導医との連携体制	

備考 運営体制の欄については、該当する項目の□にレ印を記入してください。