

堺市育児支援ヘルパー派遣事業 事業所届出書

年 月 日

堺市長 殿

所在地
名称
代表者氏名

(代表者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印してください。)

堺市育児支援ヘルパー派遣事業実施要綱第18条の規定に基づき、次のとおり届出ます。

事業所名		
事業所所在地	〒 ー	
事業所連絡先	電話番号	
	FAX 番号	
担当者名		
担当者連絡先	電話番号	※事業所連絡先と同じ場合は記入不要です。
派遣可能地域	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全区 <input type="checkbox"/> 一部の区のみ (<input type="checkbox"/> 堺区 <input type="checkbox"/> 中区 <input type="checkbox"/> 東区 <input type="checkbox"/> 西区 <input type="checkbox"/> 南区 <input type="checkbox"/> 北区 <input type="checkbox"/> 美原区)	
派遣可能曜日	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全曜日 (祝日含む。) <input type="checkbox"/> 一部の曜日のみ (<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日)	

(注意)事業所が複数ある場合は、この用紙を複数枚使用してください。