

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 :

印

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19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	
	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 印鑑は代表者印を押印してください。
- 2 「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。
- 3 「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。