（様式第４号）

宮崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業　事業者登録申請書

宮崎市長　殿

　　　年　　月　　日

申請者　所在地

（設置者）名　称

代表者

宮崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業を行う事業者として、登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | フリガナ |  |
| 事業者の名称 |  |
| 主たる事業所の所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-Mail |  |
| 登録を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所（施設）の所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-Mail |  |
| 訪問看護ステーションコード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定年月日（訪問看護） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 記入担当者 |  |

（備考）

複数の登録を受けようとする事業所がある場合は、その事業所数分の申請書を提出してください。