様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

北上市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

（設置者）名　称

代表者

基準該当障害福祉サービス事業所登録申請書（新規・更新）

基準該当障害福祉サービス事業所に係る登録を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 |  |
| 登録を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 登録申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 実施事業 | 他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 摘要 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 同一の法律において既に登録を受けている場合 |
| 事業所番号 |  | 登録年月日 |  |