（様式２）

子育て世帯訪問支援事業に係る登録申請書（その他の事業者用）

年　　月　　日

　　広　島　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　名　称

代表者

広島市子育て世帯訪問支援事業実施要綱に規定する委託事業者としての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 |  | | | |
| 名　　　称  (法人の名称) |  | | | |
| 法　人　の  所　在　地 | （〒 　　　 －　　　　　　）  都道　　　　　郡・市  府県　　　　　区 | | | |
|  | | | |
| 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 | フリガナ |  | フリガナ |  |
| 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （〒 　　　 －　　　　　　）  都道　　　　　郡・市  　　　　　府県　　　　　区 | | | |
| 実施事業所数 | | 事業所（詳細は別紙に記載） | | | |
| 派遣依頼時の連絡先 | | □申請者  □各実施事業所  □その他   * その他を選択する場合は、派遣実施体制が明記された資料を別に提出してください。 | | | |

（記入上の注意）

１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

２　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

　３　別紙については、任意の様式を添付していただいても結構です。

（その他の添付書類）

　１　事業所の概要がわかる資料

　２　定款、寄付行為又はこれに類する書類

　３　役員名簿の写し

　４　直近の貸借対照表の写し

　５　その他必要と思われる書類（事業所実績、従業者の免許・資格がわかる書類等）

別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所① | | | フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | |
| 名　　　称  （事業所の名称） |  | | | | | | |
| 所　在　地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　広島県　広島市 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 管理者 | 職名 |  | | | 氏名 | |  |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  |
| E-mail |  | | | | | |
|  | 事業所の概要 | | |  | | | | | | |
|  | 対応可能な区 | | | * 中区　　□　東区　　□　南区　　□　西区　　□　安佐南区 * 安佐北区　　□　安芸区　　□　佐伯区 | | | | | | |
|  | * 上記すべて対応可 | | | | | | |
|  | 備考： | | | | | | |
|  | 対応可能な対象者 | | | * 身体障害者　　　□　知的障害者　　　□　精神障害者 * 障害児（種別　　　　　　　　）　　　□　乳幼児 | | | | | | |
|  |
| * 上記すべて対応可 | | | | | | |
| 対応可能な従業者 | | | 派遣可能な従業者数 | | | 人 | | | |
| 上記従業者の詳細  （資格・実績等） | | |  | | | |
| その他 | | |  | | | | | | |
| 事  業  所② | | | フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | |
| 名　　　称  （事業所の名称） |  | | | | | | |
| 所　在　地 | （〒　　　　－　　　　　　　）  　広島県　広島市 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 管理者 | 職名 | |  | | 氏名 |  | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | |
| E-mail | |  | | | | |
| 事業所の概要 | | | |  | | | | | | |
|  | | 対応可能な区 | | * 中区　　□　東区　　□　南区　　□　西区　　□　安佐南区 * 安佐北区　　□　安芸区　　□　佐伯区 | | | | | | |
| * 上記すべて対応可 | | | | | | |
| 備考： | | | | | | |
| 対応可能な対象者 | | * 身体障害者　　　□　知的障害者　　　□　精神障害者 * 障害児（種別　　　　　　　　）　　　□　乳幼児 | | | | | | |
| * 上記すべて対応可 | | | | | | |
| 対応可能な従業者 | | 派遣可能な従業者数 | | | 人 | | | |
| 上記従業者の詳細  （資格・実績等） | | |  | | | |
| その他 | |  | | | | | | |