　　年　　　月　　　日

事業所情報提供書

（あて先）高島市長

【応募者】所在地：

法人等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　高島市子育て世帯訪問支援事業委託業務に係る事業所登録について、次のとおり情報提供します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | |  |
| ＦＡＸ番号 | |  |
| 事業所区分  ※該当するものに〇をつけてください。 |  | 介護保険法の規定に基づく訪問介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている者 | |
|  | 障害者総合支援法の規定に基づく居宅介護に係る指定障害福祉サービス事業者の指定を受けている者 | |
|  | 家事や子育てなどに関する支援の実績を有し、支援できる体制が整っている事業所 | |
| 派遣可能地域 | ※該当する項目に ☑ を入れてください。  □　全市域  □　一部の地区のみ（　マキノ・今津・朽木・新旭・安曇川・高島　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇をつけてください。 | | |
| 派遣可能曜日 | ※該当する項目に ☑ を入れてください。  □　全曜日（日曜日を除く）  □　一部の曜日のみ（□月曜　□火曜　□水曜　□木曜　□金曜　□土曜）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

　　※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。