

日常生活用具事業者登録申請書

恵庭市長 様

申請者名
所在地
事業者名称
代表者氏名
電話番号

日常生活用具事業者の登録を受けたいので、恵庭市障がい者等日常生活用具の給付に係る事業者の登録に関する要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな				
事業所名称				
事業所の所在地	(—)			
ふりがな		職名		
代表者の氏名				
代表者の住所	(—)			
連絡先	電話番号		FAX 番号	
取扱日常生活用具の種目 (取扱をする種目に☑してください)	☐ 介護・訓練支援用具 ☐ 自立支援用具 ☐ 在宅療養支援用具 ☐ 情報・意思疎通支援用具 ☐ 排泄管理支援用具 ☐ 居宅動作補助用具（住宅改修）		(取扱種目)	
事業開始予定年月日	年 月 日			
設立年月日	年 月 日			
事業所数	か所（うち恵庭市内の事業所数 か所）			
職員数	管理者又は責任者	名	義肢装具士	名
	理学療法士	名	介護支援専門員	名
	作業療法士	名	福祉用具専門相談員	名
	保健師	名	福祉住環境コーディネーター	名
	看護師	名	相談員	名
	社会福祉士	名	事務員	名
	介護福祉士	名	その他	名
合計	名			