様式第１号

　年　　月　　日

　（宛先）高松市長

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

法人にあっては、主たる事務所の

所在地並びに名称及び代表者の氏名

平成３０年度高松市通所型サービスＢ専門職派遣事業実施業務受託申請書

高松市通所型サービスＢ専門職派遣事業実施業務を受託したいので、次のとおり申請します。

１　受託を希望する事業所の所在地、事業所名等

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 高松市　　　　町　　　　　　番地　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号 |
| 事業所名 |  |
| 電話番号等 | 電話番号：ファクシミリ番号：Ｅメールアドレス： |
| 担当者氏名 |  |

２　事業所において本業務に従事できる者の職種及び人数

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※１　資格を証する書類の写しを添付してください。

※２　平成３０年３月２３日（金）までに高松市長寿福祉課地域包括ケア推進室に提出してください。