

年 月 日

大村市長

所在地
申請者
(設置者) 名 称

代表者 ㊟

大村市障がい者地域生活支援拠点事業実施要領第4条第2項の規定に基づき、拠点事業を行う事業者として登録したいので、次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				
	主たる事業所の 所在地	(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
登録を行うとする事業所	(フリガナ) 名 称				
	事業所番号				
	事業所(施設)の 所在地	(〒 -)			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		メール アドレス			
	地域生活支援拠点 として担う機能	① 相談 ② 緊急時の受け入れ・対応 ③ 体験の機会・場 ④ 専門的人材の確保・養成 ⑤ 地域の体制づくり			
開始予定年月日	年 月 日				

(備考) 関係書類として、「運営規程の変更届出書(受付印のあるもの)の写し」及び「変更後の運営規程」を添付してください。