様式第2号（第5条関係）

基準該当事業者登録証

第　　　　　　　号

　　　　年　　　月　　　日

（申請者）

所在地

事業者　名称

代表者　　　　　　　　様

丸亀市長

　　　　年　月　日付け第　　号で申請のあった基準該当事業者の登録については、丸亀市基準該当障害福祉サービス事業者の登録等に関する規則第5条第2項の規定により、　　年　　月　　日付けをもって登録する。

なお、登録の有効期間は、登録日から2年間である。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基準該当事業所 | 指定番号 | |  | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | FAX番号 | |  | | |
| 同一所在地において行う事業 |  | | 実施 | 事業開始（予定）年月日 | | すでに登録されている場合 | | | 備考 |
| 登録年月日 | | 事業所番号 |
| 介護保険　通所介護 | |  |  | |  | |  |  |
| 生活介護 | |  |  | |  | |  |  |
| 自立訓練 | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |