

年 月 日

事業所情報提供書

川 西 市 長 あて

【応募者】所 在 地:

法人等名称:

代表者氏名:

川西市産前・産後ヘルパー派遣事業に係る業務委託事業所について、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○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 |
| | | 本事業と類似のサービス提供の実績があり、サービス利用者の居宅等において家事又は育児サービスの提供が可能である者 |
| 派遣可能地域 | ※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全市域 <input type="checkbox"/> 一部の地区のみ() | |
| 派遣可能曜日 | ※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全曜日 <input type="checkbox"/> 一部の曜日のみ(□月曜 □火曜 □水曜 □木曜 □金曜 □土曜 □日曜 □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。

以 上