

様式第 2 号

受付番号	
------	--

指定障害児相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出書

年 月 日

佐野市長 様

事業者 名 称

代表者氏名 ㊟

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者（法人）番号											
1	届出の内容	(1) 児童福祉法第 21 条の 5 の 26 第 2 項（同法第 24 条の 19 の 2 において準用する場合を含む。）、第 24 条の 38 第 2 項関係（整備）											
		(2) 児童福祉法第 21 条の 5 の 26 第 4 項（同法第 24 条の 19 の 2 において準用する場合を含む。）、第 24 条の 38 第 4 項関係（区分の変更）											
2 事 業 者	フリガナ												
	名称又は氏名												
	住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区											
		(ビルの名称等)											
	連 絡 先	電話					F A X						
	法人の種別												
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年		年 月 日						
			氏 名		月 日								
代表者の住所	(郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区												
	(ビルの名称等)												

