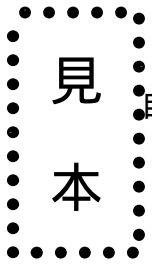


平成 年度 移動支援提供事業所の新規契約について（回答）

平成 年 月 日

1	契約事業者名 (正式名称をお願いします)	
2	契約の意向	1 . 契約する 2 . 契約しない
3	サービス提供開始 (予定)年月日	平成 年 月 日
4	郵便番号及び 住 所	
5	代表者役職名及び氏名 (契約者氏名)	(氏名のフリガナもお願いします。)
6	電話番号 (担当者連絡先)	
7	F A X 番号	
8	担当者氏名	



送付日を記入してください。

平成 年度 移動支援提供事業所の新規契約について（回答）

都道府県の事業所指定を受けている名称

平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

1	契約事業者名 (正式名称をお願いします)	株式会社 足立サービス ヘルパーステーションあだち
2	契約の意向 どちらか必ず してください	1 . 契約する 2 . 契約しない
3	サービス提供開始 (予定) 年月日	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
4	郵便番号及び 住 所	〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 足立ビル3階
5	代表者役職名及び氏名 (契約者氏名)	(氏名のフリガナもお願いします。) 代表取締役 千 住 花 子
6	電話番号 (担当者連絡先)	03-3880-5482
7	F A X 番号	03-3880-5614
8	担当者氏名	足 立

契約書に記載されます。正確に記入してください。代表者を変更し、口座名義人を変更する場合は口座の変更届が別途必要です

従業者及び資格一覧表

サービス種別	移動支援	事業所名	
--------	------	------	--

職種	勤務形態	氏名	資格及び経験年数

(備考)

1. 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務のいずれかを記載してください。

3. 「資格及び経験年数」欄は、当該サービスに必要な資格を記載するとともに、サービス提供責任者がホームヘルパー養成研修2級課程の修了者の場合は、介護等の業務に従事した経験年数を記載してください。