（第４号様式）

奈良市エンゼルサポート事業（サポーター派遣業務）実施事業所の概要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施事業所１ | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 介護保険サービス |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年　月指定※ |
| 障害福祉サービス |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年　月指定※ |
| 管理者 | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | |
| サービス提供可能地域 | 対応可能  区域 | □　奈良市全域　　□　奈良市の一部区域※  ※　対応可能な区域をできる限り具体的に特記事項に記入すること。 | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | | |
| サポーター数 | 人 | ※各サポーターの資格証（写）を添付すること | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | |
| 実施事業所２ | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 介護保険サービス |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年　月指定※ |
| 障害福祉サービス |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年　月指定※ |
| 管理者 | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | |
| サービス提供可能地域 | 対応可能  区域 | □　奈良市全域　　□　奈良市の一部区域※  ※　対応可能な区域をできる限り具体的に特記事項に記入すること。 | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | | |
| サポーター数 | 人 | ※各サポーターの資格証（写）を添付すること | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | |

※　指定通知書の写しを添付すること。　※　欄が不足する場合は、適宜追加すること。