別記様式第１号（第５条関係）

周南市通所型短期集中予防サービス実施申請書

　　年　　月　　日

（宛先）周南市長

住所：

名称：

 　役職名：

　代表者名：

周南市通所型短期集中予防サービスの人員、設備及び運営に関する基準等を定める　要綱に基づく通所型短期集中予防サービスを実施したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施施設 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者 |  |
| 電話番号 |  |
| 契約者（経営主体） | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者 |  |
| 電話番号 |  |
| 従事者の職種・員数 | 理学療法士・作業療法士（　　　人）、管理栄養士（　　　人）言語聴覚士、歯科衛生士、看護師（　　　人）その他（　　　人） |
| 定　員 | 　　　　　名 | サービス提供日 |  |
| サービス提供時間 | ：　 ～　 ： | サービス提供地域 |  |
| 実施会場の面積 | 　　　　　㎡ | 受託開始希望日 |  |

【確認事項】

1　業務の内容は、本要綱及び仕様書で定めたものとする。その他については、信義に従って誠実に市と協議して決定するものとする。

2　事業の適正を期するため必要があるときは、市長は事業所に対して報告をさせ、又は市職員にその事業所に立ち入り、書類、帳簿その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問することがあるものとする。

3　請求時（毎月）及びサービス終了時には実施報告書を市に提出するものとする。市長はこの報告とは別に実施状況を調査し、又は報告を求めることがあるものとする。