

年 月 日

香芝市産後ケア事業業務委託内容変更届

香芝市長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

香芝市産後ケア事業業務委託において、次のとおり変更します。

変更日

年 月 日

変更内容

また、変更申請を行うにあたり、「香芝市産後ケア事業業務委託事業者募集要項」に適合していること、および提出資料について事実と相違ないことを誓約します。

記

1 登録している区分

 ショートステイ(宿泊型) デイケア(通所型)

2 【添付書類】 ※変更のあった書類にチェックを付ける

- 事業者概要(様式3)
- 産後ケア事業実施基本計画書(様式4)
- 産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書(様式5)
- 事業実施施設の平面図
- 実施主体が奈良県内に医療法に規定する病院、診療所又は助産所を有することを証する書類
- 事業に従事する職員の免許証の写し
- 賠償責任保険証書等の写し (後日、事業実施前に加入し、提出します。)
- その他(

担当者連絡先	担当部署
	電話番号
	担当者氏名
	E-mail