障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）開始届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　香川県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所の所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在地及び名称並びに代表者の氏名

　次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を開始したいので届け出ます。

１　事業の種類及び内容

２　経営者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

３　職員の定数及び職務の内容

４　主な職員の氏名及び経歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　　　名 | 年　齢 | 経　　　歴 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

５　事業の用に供する施設の名称、種類及び所在地

６　事業開始の予定年月日

（注）

　１　次に掲げる書類を添付すること。

　　(１)　条例、定款その他の基本約款

　　(２)　運営規程

　　(３)　収支予算書及び事業計画書（インターネットを利用して閲覧することができる場合を除く。）

　２　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。