

様式第 1 号（第 4 条関係）

旭川市地域生活支援拠点等機能事業所登録届出書

年 月 日

（宛先）旭川市長

所在地
届出者 名称
（事業者） 代表者
職氏名

旭川市地域生活支援拠点等機能事業所としての登録を受けたいので、旭川市地域生活支援拠点等機能事業所の登録に関する実施要綱第 4 条に基づき、次のとおり届け出ます。

事業所名		
事業所所在地	旭川市	
連絡先	(電話)	(FAX)
	(E-mail)	
サービスの種類等 ※ 該当するサービスに○をつけ、 その下に事業所番号を記載	計画相談支援	障害児相談支援
当事業所では、拠点等機能事業所の趣旨や発揮すべき機能を十分に理解し、旭川市地域生活支援拠点等機能事業所の登録に関する実施要綱第 2 条及び第 8 条の規定に基づく支援を実施するとともに、その責務を全うします（右欄に○を記入）。		