第１号様式（第４条関係）

療法士等派遣事業所登録届

年　　月　　日

（宛先）春日井市長

住　　所

事業者名

　　　代表者

　　　　　　　　連絡先

春日井市療法士等派遣事業実施要綱第４条の規定に基づき、次のとおり事業所の登録を届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業種別 |  |
| 療法士等の配置 | 理学療法士　　　　　名  作業療法士　　　　　名  言語聴覚士　　　　　名 |
| 担当者連絡先 |  |