（第１号様式）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名古屋市医療的ケア児保育支援事業看護職労働者派遣事業登録等申請書  年 月 日  (あて先)名古屋市長  名古屋市医療的ケア児保育支援事業看護職労働者派遣事業者登録等実施要綱に基づき、次のように登録等を申請します。 | | |
| 申請者 | 所在地 | (郵便番号　　　　－　　　　　)  　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 名古屋市内又は名古屋市に接する市町村の支店所在地 | ※本店の所在地が名古屋市内又は名古屋市に接する市町村でない場合に記入  (郵便番号　　　　－　　　　　)  　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 派遣元責任者 | 所属部署名 |  |
| 派遣元責任者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 対応可能営業日 | ※対応可能曜日に〇をつけてください。  月　火　水　木　金　土　日　　（備考：　　　　　　　　　　） |
| 対応可能営業時間 | 午前　　　　時から午後　　　　時  （備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣不可能な区の有無 | | 無し・有り（有りの場合ご記入ください：　　　　　　　　　　　） |
| 実施不可能な医療的  ケア内容の有無 | | 無し・有り（有りの場合ご記入ください：　　　　　　　　　　　） |

※裏面へ続く

|  |  |
| --- | --- |
| 確認事項 | □　名古屋市医療的ケア児保育支援事業看護職労働者派遣事業者登録等実施要綱に規定する事業者の要件を全て満たしている  □　医療的ケアについて、仕様書に記載された内容に沿って実施することができる  ※以上のことを確認しチェックをすること。なお、いずれかの項目に該当しない場合は申請できません。 |
| 添付書類 | □　労働者派遣事業の許可証の写し  □　申請者の事業内容がわかる会社案内・パンフレット等  □　申請日から起算して過去3年以内に、医療的ケア業務に派遣した実績を有する者であることが分かる契約書等の写し  □　派遣労働者に対し、業務上必要な基礎知識、機密保持及び個人情報保護に関する遵守事項等について習得させる研修等を行うことが分かる研修計画書  □　損害賠償に備えていることが分かる保険証書等の写し |