

毛呂山町障害者移動支援事業団体登録申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

所在地  
 申請者 団体名  
 代表者名 ㊟

次のとおり、毛呂山町障害者移動支援事業の団体登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者情報	フリガナ 申請者名				
	フリガナ 申請者住所	(〒 )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	フリガナ 代表者氏名				
	代表者住所	(〒 )			
	事業所情報	フリガナ 事業所名	(〒 )		
フリガナ 事業所所在地		(〒 )			
連絡先		電話番号		FAX番号	
職員の配置状況		フリガナ 事業所責任者氏名			
		職員数 人(常勤 人・非常勤 人) 資格取得者数(資格ごとに記載)			
同一事業所で実施している他の事業等					
主たる対象者		制限なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			

(添付書類)

- 1 従業者名簿
- 2 従業者の有する資格等の写し