

移動支援事業事業所登録申請書

年 月 日

菊陽町長 様

所 在 地

申請者 事業所名

代表者名

印

次のとおり、移動支援事業の事業所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				
事業所情報	代表者氏名				
	代表者住所	(〒 —)			
	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