

様式第 1 号 (第 5 条関係)

鳩山町移動支援事業事業者登録申請書

年 月 日

鳩山町長 様

所在地
申請者 事業者名
代表者名 印

次のとおり、鳩山町移動支援事業の事業者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	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(〒 ー)				
	法人である場合 その種別		法人所轄庁			
	連絡先	電話		F A X		
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ			
氏名						
登録を受けようとする 移動支援事業所	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地	(〒 ー)				

(添付書類)

- 1 指定障害福祉サービス事業者指定通知書・基準該当登録通知書の写し
- 2 職員の有する資格等の記載のある職員名簿
- 3 障害保険加入証書の写し
- 4 その他参考となる書類