

戸田市移動支援事業団体登録申請書

年 月 日

(宛先)
戸田市長

所在地
申請者 団体名
代表者名 ㊟

次のとおり、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				
	フリガナ 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	
メールアドレス					
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		福祉有償運送事業 有・無			
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
- 3 障害福祉サービスの指定通知書等の写し