

糸魚川市障害者多数雇用事業者登録申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

住 所

商号又は名 称

氏名（代表者名）

印

次のとおり障害者多数雇用事業者の登録を申請します。

事業所又は法人の 状況	事業所の名称又は本店の名称	
	事業主の氏名又は法人代表者の氏名	
	所在地	〒
	電話番号及びFAX番号	電話番号： FAX番号：
事業概要	営業種目	
	資本額・出資総額	
	物品入札参加資格者番号	
登録を希望する物 品又は役務	物品又は役務の名称（物品の場合、品 番・規格等も記載してください。）	
担当	部署名	
	職・氏名	