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）　　　　　　　　　　　㊞

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 |  |