

移動支援事業者指定申請書

年 月 日

志木市長 様

所在地

申請者 団体名

代表者名

㊟

次のとおり、移動支援事業者の指定を受けたいので、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		ファクシミリ番号	
	フリガナ				
	代表者氏名				
	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		ファクシミリ番号	
	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・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者			

（添付書類）

- 1 従業者名簿
- 2 従業者の有する資格等の写し

指定事業者変更等届

年 月 日

志木市長 様

所在地

申請者 団体名

代表者名

印

次のとおり変更等があったので届け出ます。

変更・中止の理由		
変更の内容	変更前	変更後
備考		

（添付書類）

従業者が新たに追加となった場合は、当該従業者の名簿及びその有する資格証等の写しを添付してください。