

受付番号	
------	--

新潟市障がい者地域生活支援事業実施事業所登録申請書

年 月 日

（宛先）新潟市長

申請者 所在地
 代 表 者

新潟市移動支援事業者の登録及び運営に関する要綱及び新潟市日中一時支援事業者の登録及び運営に関する要綱に規定する事業所の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 （設置者）	フリガナ					
	名 称					
	所 在 地		郵便番号			
	連 絡 先		電 話 番 号		F A X 番 号	
代 表 者	職 名					
	フリガナ					
	氏 名					
	住 所		郵便番号			
事 業 所	フリガナ					
	名 称					
	所 在 地		郵便番号			
サービスの種類		<input type="checkbox"/> 移動支援		<input type="checkbox"/> 日中一時支援		