

事業者概要

提出年月日：令和 年 月 日

法人等の名称	(フリガナ)		
法人等の所在地	(〒 -)		
代表者の職・氏名			
事業開始年月			
事業所の名称		従業員数	
事業所の所在地	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		
事業者区分 (いずれかに○)		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく指定障害福祉サービス事業者（訪問系） ※指定書を添付してください。	
		介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者 ※指定書を添付してください。	
		上記事業所と同等の援助が提供できる事業者 ※事業内容がわかるものを添付してください。	
提供できる地域	全域 地域 ()		

〔応募書類に関する連絡先〕

担当者名			
所属・役職			
郵便物宛先	(〒 -)		
電話番号		FAX	
E-Mail			

※ 担当者は、応募事業者の担当者に限る。