様式第１号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

介護予防・日常生活支援総合事業自立支援デイサービス委託事業者応募申請書

年　　月　　日

　湯沢市長　様

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　標記の事業に係る委託を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在市町村番号 | 　 |
| 申請者 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所　　在　　地 | （郵便番号　　　―　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 生年月日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　―　　　　　） |
| 　 |
|  | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　　） |
| 　 |

　　備考１　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄には、記載しないでください。

　　　　２　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

　　　　３　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。