

年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

申請者の住所  
 [法人にあっては  
 主たる事務所の所在地 ]  
 申請者氏名  
 [法人にあっては  
 法人名及び代表者名 ]

協力事業所登録更新申請書

泉大津市障がい者就労支援事業協力事業所として引き続き登録されるよう、泉大津市障がい者就労支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

事業所名称	
事業所代表者氏名	
事業所所在地	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
事業内容	
事業開始年月日	
事業所従業員数	計 名 内訳 常 勤 名 (男 名、女 名、その他 名) 非常勤 名 (男 名、女 名、その他 名)
支援実施場所	
支援内容	
利用者受入可能人数	名
障がい者の 雇用経験の有無	<input type="checkbox"/> 有 計 名 (男 名、女 名、その他 名) <input type="checkbox"/> 無
担当者 (部署・氏名)	

