

様式第1号（第2第1項関係）

長野市雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業実施事業者申請書

長野市長

年 月 日

住 所

事業所

名 称

代表者

長野市雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業実施要綱第4に規定する重度障害者等就労支援特別事業を実施する事業者として、以下のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー )				
	申請者連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類等				法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名			フリガナ	
				氏 名		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ					
	名 称					
	事業所の所在地	(郵便番号 ー )				
	事業所連絡先	電話番号		FAX番号		
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	開始予定年月日	指定事業者番号		

添付書類

指定障害福祉サービス事業者等の指定通知書の写し