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

福祉用具販売等事業者登録申請書

年　　月　　日

（宛先）東金市長

住所

申請者　事業者名称

代表者氏名

　福祉用具販売等登録事業者として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者　情　報 | フリガナ | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　)　　　　　　県　　　　郡市 |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　―　　　　)　　　　　　県　　　　郡市 |
| 金融機関名 | 支店名 | 口座種別 | 口座番号 |
|  |  | 普・当・他 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 事業所番号 |  |

注　特定福祉用具販売事業者は「事業所番号」の欄を記入してください。