（様式1）

2024年　　月　　日

一宮市長　中野　正康　様

所在地　〒

ﾌﾘｶﾞﾅ

法人名

代表者職氏名　　　　　　　印

**一宮市障害者相談支援事業委託事業者公募申込書**

　このことについて、関係書類を添えて、一宮市障害者相談支援事業の受託を希望する法人として応募します。

　なお、選定された場合は、一宮市障害者相談支援事業委託事業者公募要項を遵守いたします。

受託を希望する障害者相談支援センター

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者相談支援センター名称 |  |
| 設置場所（予定地） |  |

担当者連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名・部署 | |  |
| 担当者氏名 | |  |
| 連  絡  先 | 送付先 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |