

(様式1)

令和 年 月 日

大月市長 殿

所在地

法人名称

代表者職氏名

印

代表者生年月日

電話番号

FAX番号

E-mail

大月市障害者地域活動支援センター事業応募申請書

このことについて、必要書類を添えて応募します。

なお、大月市障害者地域活動支援センター事業業務委託募集要項の5応募要件を
満たしていることを誓約します。

事業実施場所 : 大月市

応募する地域活動支援センターの種類(該当に○)

	地域活動支援センターⅢ型(主に精神障害)
	地域活動支援センターⅢ型(主に知的・身体障害)