【更新用】

重度障害者（児）日常生活用具取扱業者調書

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等の名称及び代表者氏名 |  |
| 同上所在地電話・FAX | 〒（電話）　　　　　　　　　　　　　／（FAX） |
| 営業年数 | 創業 | 転廃休業 | 現組織へ変更 | 営業年数 |
| 　　　年　　月 | 年 　月から年 　月まで | 　　　年　　月 | 　　　 年　　月 |
| 営業品目 |  |
| 市内の支店・ｼｮｰﾙｰﾑ等の営業所 | 有 ・ 無（いずれかに○をつけ、有の場合は所在地・電話番号などを具体的に記入してください。） |
| 管理責任者及び従事者 | １　管理責任者の氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　従事者数　管理職　　　　　　　　　　　　　　 人　　　　　　　事務員（日常生活用具担当）　　　　 人　　　　　　　機器選定相談員　　　　　　　　　　 人　　　　　　　営業・配達　　　　　　　　　　　　 人　　　　　　　その他　　　　　　　　　　　　　　 人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※実 人 員　　　　 人 |
| 現在契約中の官公庁及び病院等(県内) | 官　　　　公　　　　庁 | 病　　　　院　　　　等 |
| １　日常生活用具契約等有 ・ 無（具体的に記入してください。）２　補装具契約　有・無 |  |