【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 | |  | | |