

大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業代理受領事業者登録申請書

年 月 日

(あて先) 大阪市長

申請者 所在地  
(事業者) 名称  
代表者 (役職名)  
(氏名)

大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業の代理受領に係る事業者登録等に関する要綱第3条の規定により、下記のとおり、関係書類を添えて登録を申請します。

申請者 (事業者)	フリガナ				
	法人の名称				
	法人の所在地		〒		
	法人代表者氏名				
	設立年月日		年 月 日		
	連絡先	電話番号		FAX番号	
e-mail					
登録を受けようとする事業所	フリガナ				
	*事業所の名称				
	*事業所の所在地		〒		
	事業所代表者氏名		(肩書) (氏名)		
	人員体制	管理責任者	名	相談員	名
		常勤職員	名	非常勤職員	名
	連絡先	*電話番号		FAX番号	
		*e-mail			
	担当者氏名				
*取扱種目		<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input type="checkbox"/> ポータブル電源 (蓄電池)			

\*印のついている項目は、大阪市が作成する登録事業者一覧表等で公表します。

(添付資料)

確約書 (様式第2号)