

(第1号様式)

厚木市障がい者就労施設共同受注窓口

令和 年 月 日

代表 伊吾田 弘 様

法人名：

代表者職・氏名：

厚木市障がい者共同受注窓口登録申込書

次のとおり、厚木市障がい者共同受注窓口への登録を申込みます。

法人名		
事業所名		
住所	〒	
電話		
F A X		
メール		
ホームページURL		
担当者名		
事業形態	プルダウンで選択してください。	
自主製品	食品	プルダウンで選択してください。
		プルダウンで選択してください。
	食品以外	プルダウンで選択してください。
登録情報の利用 事業所をHPや広報物等への掲載の可否	プルダウンで選択してください。	
	同意内容は <input type="checkbox"/> で選択してください。（※事業所名、所在地は必須）	
	<input type="checkbox"/> 全て	
	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所名 <input checked="" type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> F A X 番号	
	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 事業形態 <input type="checkbox"/> 自主製品	
備考	主な作業内容	