



※承認	課長	課長補佐	主査	担当者	班員

熊本市障害者優先調達登録事項変更・廃止届

年 月 日

熊本市長（宛）

<申請者> 〒

所在地

名称

代表者職氏名



次のとおり 変更・廃止 がありましたので届け出ます。

変更・廃止日		年 月 日	
変更・廃止事項		< 新 >	< 旧 >
申請者	所在地		
	名称		
	代表者職氏名		
	電話・FAX・メールアドレス		
登録事業所・施設 又は 受任者	サービスの種類		
	所在地		
	名称		
	管理者・施設長職氏名		
	電話・FAX・メールアドレス		
	登録業種		
	取扱物品・役務		
印鑑	<input type="checkbox"/> 実印		
	<input type="checkbox"/> 使用印 (変更があるものに <input checked="" type="checkbox"/>)		
その他			

変更・廃止理由

書類作成担当者名		電話	— —	FAX	— —
----------	--	----	-----	-----	-----

※印鑑変更の場合は、様式第7号中の「印鑑」欄及びこの欄にも押印してください。

変 更 事 項	< 新 >	< 旧 >
(実印)		
(使用印)		

添付書類一覧

		登録を希望 する事業所 ・施設	取扱物品 ・役務調書	使用印鑑届	委任状	印鑑証明書 ※1	相手方登録申 請書
		様式第1号の2	様式第2号	様式第3号	様式第4号	原本	所定様式
申請者	所在地				○※3		
	名称				○※3		○※5
	代表者職氏名				○※3		○※5
登録事業所・施設 又は 受任者	サービスの種類	○					
	所在地				○※4		
	名称				○※4		○※5
	管理者・施設長 職氏名				○※4		○※5
	登録業種	○	○※2				
	取扱物品・役務		○				
印鑑（実印）				○		○	
印鑑（使用印）				○			
口座変更							○

※1 受理日から起算して3ヶ月以内に発行されたもの

※2 業種を追加した場合

※3 受任者がある場合

※4 受任者となっている場合

※5 口座名義に変更がある場合